



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Медицинский информационно-аналитический центр»

Здравоохранение Югры: **ОПЫТ И ИННОВАЦИИ**

№2 /35/ 2023

научно-методическое сетевое издание

16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№2 (35) 2023

16+

Учредитель

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр»

Главный редактор:

Яцинюк Борис Борисович,
Ханты-Мансийск, Россия

Заместитель главного редактора

Гольдфарб Юрий Семенович,
Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Алифинова Валентина Михайловна,
Томск, Россия

Альянов Александр Леонидович,
Орел, Россия

Анищенко Людмила Ивановна,
Ханты-Мансийск, Россия

Богдан Андрей Николаевич,
Минск, Республика Беларусь

Брусин Константин Михайлович,
Реховот, Израиль

Долгова Оксана Борисовна,
Екатеринбург, Россия

Зобнин Юрий Васильевич,
Иркутск, Россия

Качальская Яна Владиславовна,
Ханты-Мансийск, Россия

Кислицин Дмитрий Петрович,
Ханты-Мансийск, Россия

Кривых Елена Алексеевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Лодягин Алексей Николаевич,
Санкт-Петербург, Россия

Мальков Олег Алексеевич,
Сургут, Россия

Петровская Юлия Аманжоловна,
Ханты-Мансийск, Россия

Салманов Юнус Магамедганифович,
Сургут, Россия

Соколова Азалия Айсаровна,
Ханты-Мансийск, Россия

Соколова Светлана Леонидовна,
Екатеринбург, Россия

Хадиева Елена Дмитриевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Секретарь редакции, верстка макета:

Змановская Екатерина Викторовна,
Ханты-Мансийск, Россия

Все права защищены

Любое воспроизведение материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на издание обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях. Высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Адрес учредителя, издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Тел. редакции: 8(3467) 960-600

E-mail: journal_zdrav_ugra@miacugra.ru

На обложке:

Судаков Андрей Юрьевич

врач-анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии, БУ «Нишневартовская психоневрологическая больница»

Сетевое издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Свидетельство о регистрации

Эл № ФС77-85557 от 11.07.2023

Дата выхода 28.08.2023

Выходит 4 раза в год



Уважаемые читатели!

Представляем вам второй номер научно-методического сетевого издания «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» за 2023 год. Номер объединяет материалы, которые были подготовлены специалистами медицинских организаций и отражает публикации по практической/клинической медицине.

Необходимо обратить ваше внимание, уважаемые читатели, будущие авторы и руководители медицинских организаций округа, что в номере представлены требования для авторов при направлении материалов в издание (начиная с №4 за 2023 год), цели и задачи издания, научная специализация журнала, аудитория издания, критерии отбора рукописей, правила, которые необходимо выполнить при направлении материалов в редакцию, представлена структура направляемой статьи и технические ее параметры, e-mail для корреспонденции, направляемой в издание (начиная с направления материала в №3 2023 года), направления публикаций в издании и их разделы, правило формирования сопроводительного письма от медицинской организации, согласие автора, соавторов на публикацию и пример оформления статьи (Приложение 1,2,3).

Хочется отметить, что целью издания является его развитие в качестве научной и клинической платформы для ученых, врачей-специалистов, ординаторов, аспирантов, студентов, медицинских работников и приглашенных специалистов. Цель издания определила его задачи: привлечение к публикациям в издании авторов, увеличение подаваемых материалов, возможность отбора материала, который представляет наибольший практический и научный интерес, увеличение цитирований публикаций издания в РИНЦ; привлечение к публикациям иностранных авторов и совместно выполненных с ними работ; повышение привлекательности и доступности издания для авторов и читателей.

Издание стремится на основе аккумуляции новейших знаний вносить вклад в развитие медицинской науки посредством предоставления научному и практическому медицинскому сообществу результатов исследований, которые призваны расширять и углублять знания специалистов в различных областях медицины – профиля оказания медицинской помощи.

Издание предоставляет непосредственный открытый доступ к своему контенту – Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» <https://dzhmao.ru/spez/zhurnal-zdravookhranenie-yugry/>

Редакция издания благодарит медицинских работников и представителей администрации за направление публикаций, что дает возможность специалистам поделиться своим опытом работы по оказанию медицинской помощи пациентам.

В конце обращения главного редактора хочется акцентировать ваше внимание, что в № 3 издания редакция принимает материалы, подготовленные по правилам издания (2022 года) и отдается приоритет материалам по направлениям оказания помощи: Неврология, Психиатрия, Наркология, Нейротоксикология, Клиническая психология. Случаи из практики по указанным направлениям. Фармакология нейротропных средств. Психология. Рассеянный склероз и другие заболевания, протекающие с поражением нервной системы.

С уважением,
главный редактор
научно-методического интернет-журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
к.м.н., доцент
Б.Б. Яцынюк
ycenukbb@miacugra.ru

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-001

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Кныш И.И.,

врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Крылова Н.А.,

врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Селиванова С.Б.,

врач анестезиолог-реаниматолог заведующий отделением анестезиологии и реанимации №5
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Семенькова Г.В.,

врач-анестезиолог-реаниматолог, заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

В статье выявлены особенности структуры и тяжести повреждений у детей, госпитализированных в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» с сочетанной травмой за период 2022 года. Ведущими причинами развития сочетанной травмы являются падение с высоты и дорожно-транспортное происшествие, с наибольшим числом случаев (56%) приходящимся на травму с повреждением опорно-двигательного аппарата в сочетании с травмой внутренних органов брюшной и/или плевральной полости. Используемая в организации шкала ISS позволяет оценить тяжесть сочетанной травмы у детей, а, следовательно, и тактику в оказании помощи.

Ключевые слова: scale ISS, сочетанная травма, ребенок, повреждение

Введение

Существует много значений понятия «травма». Травма может носить локальный (изолированный) характер, быть множественной, сочетанной, шокогенной или нешокогенной. В англоязычной литературе также используется термин major trauma, что может быть переведено как «обширная травма» и термин «политравма». Как правило, данные термины предполагают шокогенный характер. В отечественной литературе используют следующие понятия. 1. Изолированная травма – механическое повре-

ждение одного органа или одного сегмента конечности. 2. Множественная травма – механическое повреждение более чем одного сегмента конечностей или повреждение более чем одного органа в пределах одной анатомической области (опорно-двигательный аппарат в данном случае условно рассматривается как одна анатомическая область). 3. Сочетанная травма – механическое повреждение органов и тканей в различных анатомических областях [1].

Понятия «политравма» и «сочетанная травма» являются наибо-

лее близкими по своему патофизиологическому смыслу – оба термина предполагают возможность развития травматического шока. Далее будет использован термин «политравма» для обозначения шокогенных механических травм, хотя между приведенными терминами есть некоторые различия.

Под шокогенностью травмы понимают вероятность развития в результате травмы явлений травматического шока, а под термином «шок» – типовой патологический процесс, характеризующийся острой генерализованной циркуляторной недостаточностью. Шокогенность травмы определяется объемом кровопотери, характером самой травмы (повреждение жизненно важных органов, ответственных за регуляцию гемодинамики), влиянием факторов эндотоксикоза и жировой эмболии, состоянием функциональных систем организма на момент получения травмы и др. При оценке тяжести повреждений используют различные шкалы. Наибольшее распространение получила шкала ISS [2,3]. Травму считают потенциально шокогенной, если оценка ее по шкале ISS составляет 16 баллов и более. Следует заметить, что данная шкала является «анатомической» и не учитывает влияние кровопотери и иных патогенетических факторов. Таким образом, развитие шока возможно и при травме с меньшей оценкой по данной шкале. В то же время травма с оценкой по шкале ISS более 16 баллов в определенных случаях может не сопровождаться явлениями шока [2].

Лечение политравмы должно состоять не только в коррекции ее непосредственных последствий, а в интенсивной терапии патофизиологических проявлений, характерных для каждого из периодов травматической болезни [1].

Цель исследования – выявить особенности структуры и тяжести повреждений у детей, госпитализированных в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» с сочетанной травмой за период 2022 года. Поставленная цель определила задачи исследования: 1. Отразить использование шкалы ISS для оценки тяжести сочетанных травм у детей. 2. Определить структуру причин сочетанной травмы у детей и распределить повреждения по системам/анатомическим областям. 3. Представить данные по длительности лечения и опции мероприятий интенсивной терапии в отделении реанимации. 4. На примере клинического наблюдения продемонстрировать использование шкалы ISS, проведение мероприятий интенсивной терапии и сердечно-легочной реанимации у пациентки с политравмой.

Материалы и методы

В ретроспективном анализе использовали клинические случаи сочетанной травмы у детей, возрастная группа от 1 года до 17 лет (n=25), госпитализированных в отделения медицинской организации – БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница», в 2022 году. Определялись внешние причины получения сочетанной травмы (абсолютные значения и %). Пострадавшие были распределены на группы по изменениям, выявленным в системах организма/анатомических областях (n=5 – черепно-мозговая травма в сочетании с повреждением опорно-двигательного аппарата; n=4 – черепно-мозговая травма в сочетании с повреждением органов брюшной и грудной полостей; n=13 – травма опорно-двигательного аппарата в сочетании с повреждением органов брюшной и грудной полостей; n=3 – повреждения

внутренних органов брюшной и грудной полостей). У каждого пациента и в группах пострадавших определялась степень тяжести травмы, которая классифицировалась по шкале Injury Severity Score (ISS, 1974), имеющей диапазон цифровых значений (баллы) от 1 до 75. В группе анализируемых пациентов (n=25) устанавливалось: средняя длительность лечения (койко-дней) в условиях реанимационного отделения; % пострадавших, нуждающихся в респираторной поддержке; средняя продолжительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ), % пациентов, которым были проведены гемотрансфузия и трансфузия свежезамороженной плазмы. Представлено одно клиническое наблюдение, в котором проводилась оценка пострадавшей по шкале ISS, исследования объективного статуса, результаты инструментальных исследований (рентгенографии) и мероприятия интенсивной терапии.

Результаты

Использование шкал. Abbreviated Injury Scale (AIS). В 1969 году John States разработал шкалу AIS для оценки тяжести повреждений в различных анатомических областях [2]. Шкала AIS регулярно совершенствуется. Современная шкала AIS представляет собой классификатор для оценки тяжести повреждений в шести анатомических областях: 1) голова, 2) лицо и шея, 3) грудь, 4) живот, 5) кости конечностей и таза, 6) кожные покровы и мягкие ткани. Шкала AIS позволяет оценить тяжесть только одного изолированного повреждения. В клинической практике шкала AIS может принимать диапазон значений от 1 до 5, которые соответствуют степени тяжести повреждений: 1 степень – minor

(легкие), 2 степень – moderate (средней тяжести), 3 степень – serious (тяжелые), 4 степень – severe (крайне тяжелые), 5 степень – critical (критические). Injury Severity Score (ISS). В 1974 году Susan Baker et al. разработали метод для прогностической оценки тяжести сочетанных травм – шкалу ISS. Для расчета данного показателя предложено суммировать квадраты значений AIS трех наиболее тяжелых повреждений в трех различных анатомических областях:

$$ISS = AIS1^2 + AIS2^2 + AIS3^2$$

Шкала ISS может принимать диапазон значений от 1 до 75 баллов и позволяет классифицировать травмы по степени тяжести на легкие (ISS <4), средней тяжести (ISS от 4 до 8), тяжелые (ISS от 9 до 15), крайне тяжелые (ISS от 16 до 24) и критические (ISS ≥ 25). В настоящее время шкала ISS и ее модификация шкала NISS являются общепризнанным «золотым стандартом» для оценки тяжести повреждений [3].

Возраст пациентов, доставленных в рамках оказания экстренной медицинской помощи в медицинскую организацию с сочетанной травмой, составил от 1 года до 17 лет (среднее значение 8,1 лет).

В структуре причин сочетанной травмы у детей, поступивших в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» за 2022 год, ведущей является падение с высоты – 12 (48%) детей, из них 3 суицидальные попытки, 10 (40%) детей пострадали в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), у 2 (8%) детей отмечены огнестрельные ранения, при небезопасном хранении огнестрельного оружия взрослыми, 1 (4%) ребенок получил травму при падении на него шкафа (рис. 1).

Причины сочетанной травмы

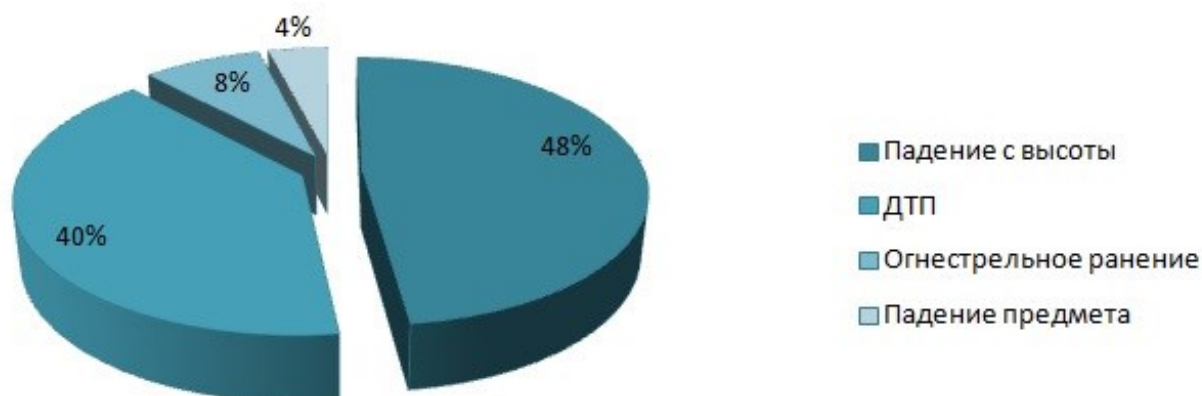


Рис. 1. Структура причин сочетанной травмы у детей, поступивших в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница», за 2022 год

Распределение сочетанности травм по системам: черепно-мозговая травма в сочетании с повреждением опорно-двигательного аппарата наблюдалась в 5 случаях (20%), ISS составил от 12 до 34 баллов (среднее значение по шкале составило 22 балла); черепно-мозговая травма в сочетании с повреждением органов брюшной и грудной полостей – 4 пострадавших (16%), ISS от 17 до 34 баллов (25 баллов); повре-

ждение опорно-двигательного аппарата в сочетании с повреждением органов брюшной и грудной полостей – 13 пациентов (52 %), ISS от 12 до 59 баллов (30 баллов); повреждения внутренних органов брюшной и грудной полостей – 3 случая (12%), ISS от 12 до 34 баллов (27 баллов). При подсчете баллов ISS учитывались и повреждения кожных покровов, являющиеся не утяжеляющими (рис. 2, рис. 3).

Сочетание повреждений



Рис. 2. Распределение сочетанности повреждений по системам/анатомическим областям

Среднее значение ISS

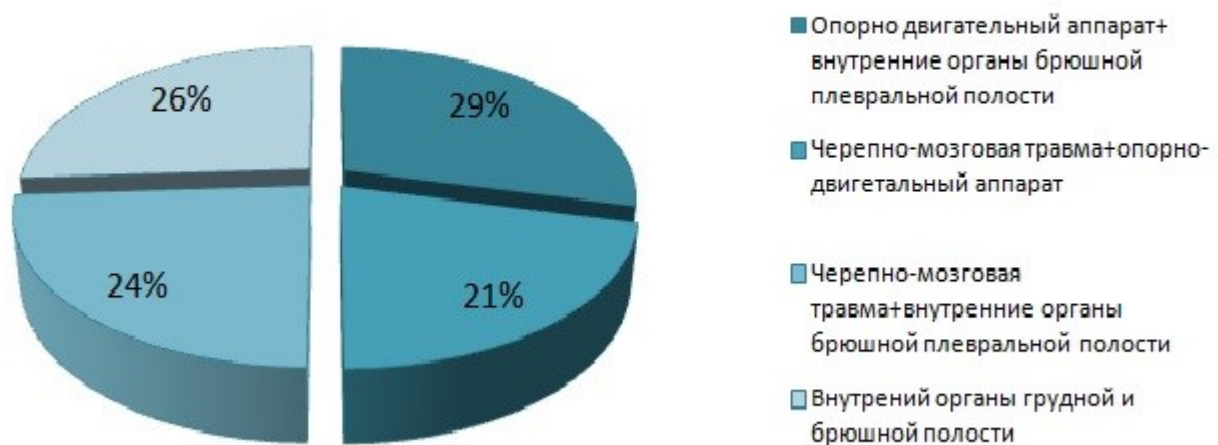


Рис. 3. Распределение среднего значение ISS у пациентов в группах

При госпитализации помощь оказывалась мультидисциплинарно. Проводился осмотр пострадавших специалистами: врач-хирург, врач-травматолог, врач-нейрохирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, которые определяли оценку тяжести состояния, выявляли характер повреждений, планировали проведение инструментальных и лабораторных исследований, маршрутизацию пациента в медицинской организации. Наряду с обследованием пострадавшего в условиях реанимационного зала проводилась реанимационная помощь в зависимости от необходимости поддержания функций органов и систем: искусственная вентиляция легких, мероприятия противошоковой терапии, вазопрессорная поддержка, инфузионная терапия, плазмо- и гемотрансфузия. Также в условиях реанимационного зала проводилась предоперационная подготовка к экстренному оперативному вмешательству.

Длительность лечения и мероприятия интенсивной терапии. Средняя длительность лечения в условия реанимационного отделения составила 7,2

койко-дней (от 1 до 20 дней). Респираторная поддержка проводилась в 76%, средняя продолжительность ИВЛ в реанимации 4,3 дня. На рис. 4 представлена длительность ИВЛ у пациентов в условиях реанимации.

Переливание гемотрансфузионных сред: 29 гемотрансфузий проведены у 64% пациентов; свежезамороженной плазмы – 22 процедуры, выполнены у 40% пациентов. Вазопрессорная поддержка проводилась у 16% пациентов. Средняя продолжительность вазопрессорной поддержки составила 2,5 дня (60 часов).

После проведенных мероприятий интенсивной терапии при стабилизации состояния 23 пострадавших пациента переведены в профильное отделение, 1 пациент (по показаниям) переведен в федеральный центр, а у одного ребенка имел место нежелательный (летальный) исход (крайне тяжелая степени тяжести по ISS и состояние клинической смерти с последующим восстановления сердечной деятельности на этапе оказания скорой медицинской помощи).

Длительность ИВЛ в условиях реанимации

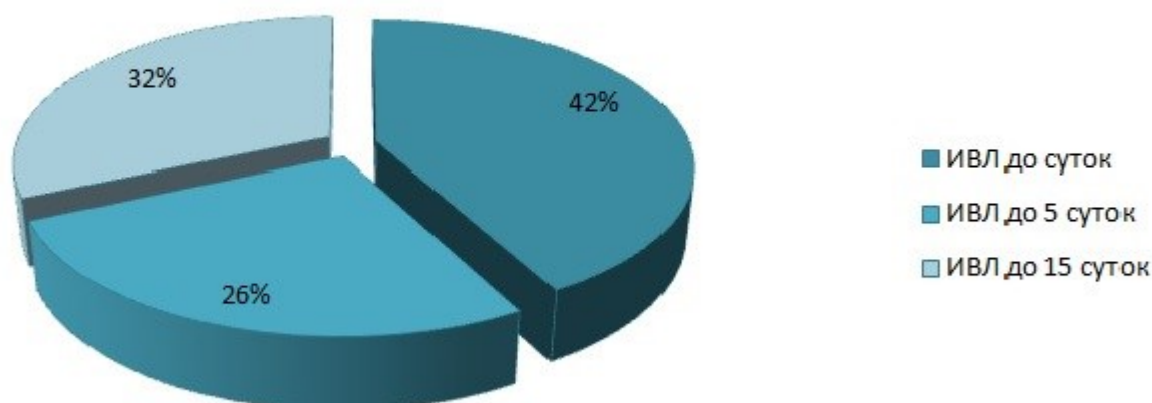


Рис. 4. Длительность ИВЛ у пациентов в условиях реанимации

Клиническое наблюдение

Пациентка, 16 лет, поступила в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница», при поступлении оценена по шкале ISS – критические. Из анамнеза заболевания: со слов сотрудников бригады СМП падение совершено с 7 этажа (мотив, которым руководствовалось лицо при совершении деяния – суицидальная попытка, был неизвестен) на козырек подъезда дома. Доставлена в приемное отделение медицинской организации по экстренной медицинской помощи на самостоятельном дыхании, маршрутизирована в реанимационный зал.

Объективный статус при поступлении в реанимационный зал: состояние пациентки критическое, нестабильное в результате декомпенсации по витальным функциям. Уровень сознания сопор. По шкале ком Глазго [4,5]: 10 баллов (открывание глаз: на обращенную речь и спонтанно; двигательная реакция: целенаправленная на боль; речь: невнятная). Зрачки D=S, умеренно расширенные, фотореакция вялая,

глазные яблоки – по центру. Спонтанная двигательная активность сохранена, снижена. Умеренно выраженное психомоторное возбуждение [6,7]. Корнеальный и ресничный рефлексы положительные. Глотание не оценить. Парезы, параличи – отсутствуют. Менингеальные симптомы отрицательны. Кожный покров и видимые слизистые бледные, венозная сеть не контурирует, имеются нарушения микроциркуляции.

Дыхание самостоятельное, поверхностное, неэффективное через естественные дыхательные пути, ЧДД – 14-10 в мин. При аускультации: дыхание справа не выслушивается, слева ослаблено в нижних отделах, над легкими единичные хрипы. Сатурация (SpO_2 , насыщение крови кислородом) = 68 %, pCO_2 (парциальное давление углекислого газа) – 30 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Периферический пульс не определяется. Ритм по кардиомонитору – синусовый с ЧСС – 71 в мин. Артериальное давление – 62/45 мм рт.ст.

Органы брюшной полости: Живот правильной формы, симметричный,

всеми отделами участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует, венозные коллатерали не видны. При пальпации живота болезненность не определяется. Симптомы раздражения брюшины невозможно определить. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Нижний край печени не пальпируется. Перистальтика не выслушивается. Мочеотведение по установленному мочевому катетеру – моча насыщенного желтого цвета с примесью геморрагического содержимого.

Локальный статус: в области обеих локтевых суставов гематомы, в нижней трети правого предплечья деформация и крепитация костных отломков, гематома; обширные кровоподтеки области обеих лодыжек, правого бедра по внутренней поверхности и правого коленного сустава; поверхностные ссадины в области правого коленного сустава по внутренней поверхности; в области левой голени повязки, умеренно пропитанные геморрагическим отделяемым. Транспортная иммобилизация проведена шиной Крамера. После снятия шины и повязок с левой голени визуализировались две раны по передней поверхности 1,5х1,5 см, по заднебоковой поверхности 3,0х2,0 см, в глубине раны фрагменты кости, раны с неровными краями, умеренно кровоточат. Патологическая костная крепитация в области левого тазобедренного сустава при движениях и при осевой нагрузке на таз. Определена патологическая костная крепитация в области средней трети костей левой голени, ось нарушена, деформирована. Видимых ссадин и гематом на грудной клетке, передней брюшной стенке, поясничной области нет. Видимых ссадин и гематом травматических меток на голове нет. На этапе СМП с целью восполнения объема и внутривенного введения лекар-

ственных препаратов установлен венозный катетер в правую кубитальную вену.

Учитывая политравму и необходимость экстренных интенсивных мероприятий в связи с необходимостью протезирования жизненно важных функций, в условиях реанимационного зала выполнены: катетеризация центральной вены, интубация трахеи, начата инфузионная терапия и подключена вазопрессорная поддержка. Через 15 минут после поступления в медицинскую организацию произошла остановка сердечной деятельности. На 15 минуте сердечно-легочной реанимации, проводимой в полном объеме, сердечная деятельность восстановлена, продолжена инфузионно-трансфузионная терапия вазопрессорная и респираторная поддержка. Выполнено дренирование плевральных полостей с двух сторон, лапароцентез, катетеризация второй центральной вены.

Регламентированные инструментальные исследования по выявленным повреждениям и тяжести состояния пациентки проведены в условиях реанимационного зала. Маршрутизация внутри медицинской организации для проведения компьютерной томографии была невозможной в виду критического, нестабильного состояния. Результаты выполненного инструментального исследования (рентгенографии) большой берцовой и малой берцовой костей (слева) констатировали перелом средне-дистальной третьей диафиза костей левой голени со смещением; области таза определили многооскольчатый перелом вертлужной впадины слева со смещением, перелом подвздошной кости слева со смещением, перелом тела и нижней ветви лонной кости слева со смещением. При рентгенографии легких (цифровая) определены:

рентгенологические признаки ушиба левого и правого легкого, проведенную медицинскую технику дренирования плевральных полостей.

Несмотря на проводимые мероприятия интенсивной терапии – инфузионно-трансфузионные, вазопрессорная поддержка, респираторная терапия, нейровегетативная блокада, прогрессировала сердечно-сосудистая недостаточность и через 2 часа с момента поступления констатирована вторичная остановка сердечной деятельности. Повторно примененный комплекс реанимационных мероприятий в полном объеме, продолжающийся в течение 30 минут, был прекращен ввиду его неэффективности, констатирована биологическая смерть [8].

Выводы

1. Используемая в медицинской организации шкалы ISS позволила оценить тяжесть сочетанной травмы у детей, поступивших по экстренной медицинской помощи, а, следовательно, и тактику в оказании помощи.

2. Ведущими причинами развития сочетанной травмы у детей, поступивших в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» за 2022 год, являются падение с высоты и дорожно-транспортное происшествие. Наибольшее число случаев (56%) в анализируемой группе (n=25) приходится на травму в системах организма/анатомических областях – с повреждением опорно-двигательного аппарата в сочетании с травмой внутренних органов брюшной и/или плевральной полости.

3. Средняя длительность лечения у детей с сочетанной травмой (n=25), в условия отделения реанимации составляет 7,2 койко-дня, средняя продолжительность респираторной поддержки – 4,3 дня. В трансфузионной терапии пре-

обладали гемотрансфузии – 29 манипуляций. Вазопрессорная поддержка проводилась у 16% пациентов, средняя продолжительность которой составила 60 часов. 4. На примере клинического наблюдения пострадавшей с сочетанной травмой показано использование оценки по шкале ISS и инкурабельность даже при проведении необходимого по объему комплекса мероприятий интенсивной терапии.

Литература

1. Интенсивная терапия: национальное руководство / под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2020. – Т. 2. 272-273 с.
2. Шкала оценки тяжести повреждений AIS/ISS [Электронный ресурс: <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-zakrytaia-travma-grudnoi-kletki-utv/prilozhenie-g1-gn/prilozhenie-g1/> Дата обращения 12.07.2023].
3. Прогностические критерии для обоснования хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня: пособие для врачей / под ред. профессора В.Е. Парфенова // ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2020. – 7-8 с.
4. Левин, О.С., Васенина, Е.Е., Ганькина, О.А., Чимагомедова, А.Ш. Клинические шкалы в неврологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 119 с.
5. Классификация угнетения сознания (А.И. Коновалова). Оценка состояния сознания. Степени угнетения сознания. Шкала Глазго. [Электронный ресурс: <https://meduniver.com/Medical/Neotlogka/12.html> MedUniver Дата обращения 12.07.2023].
6. Неврология: национальное руководство: в 2-х т. / под ред. Е.И. Гусева, А.Н.

- Коновалова, В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Т. 1. – 880 с.
7. Федарау, М., Комполо, Ф., Пападокос, П. Психомоторное возбуждение и делирий у больных в критических состояниях и роль седации // Общая реаниматология. – 2012. – Т-VIII. – №6. – С. 62-74.
8. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека.
- © Кныш И.И., Крылова Н.А., Селиванова С.Б., Семенькова Г.В., 2023

ANALYSIS OF CLINICAL CASES OF COMBINED TRAUMA IN CHILDREN

Knysh I.I., Krylova N.A., Selivanova S.B., Semenkova G.V.

The article reveals the features of the structure and severity of injuries in children hospitalized in the Surgut Clinical Trauma Hospital with combined trauma in the period of 2022. The leading causes of the development of combined trauma are falling from a height and a traffic accident, with the largest number of cases (56%) attributable to trauma with damage to the musculoskeletal system in combination with trauma to the internal organs of the abdominal and/or pleural cavity. The ISS scale used in the organization makes it possible to assess the severity of combined trauma in children, and, consequently, tactics in providing assistance

Key words: ISS, combined injury, child, injury

КАПИЛЛЯРНАЯ ГЕМАНГИОМА КАК ПРИЧИНА ЭКССУДАТИВНОГО МАССИВНОГО ГИДРОПЕРИКАРДА

Джанаева Э.Ф.,

врач высшей категории, врач – кардиолог терапевтического отделения
БУ «Мегионская городская больница»

Елькина В.Г.,

врач высшей категории, врач – кардиолог, заместитель руководителя по медицинской части
БУ «Мегионская городская больница»

В БУ «Мегионская городская больница» у пациентки, поступившей в рамках оказания экстренной медицинской помощи, проведен диагностический поиск причин массивного экссудативного гидроперикардита (без признаков тампонады; объем жидкости более 700 мл) на фоне полисерозита неуточненного генеза. Благодаря этапному оказанию медицинской помощи (первый этап: БУ «Мегионская городская больница», г. Мегион, следующий – БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут) пациентка была направлена на обследование в рамках региональной программы «Диагностика одного дня» в регламентированный временной период. На втором этапе (в БУ «ОКД «ЦД и ССХ») пациентке проведена диагностика, позволившая уточнить диагноз и провести оперативное лечение (торакоскопическая фенестрация перикарда и резекция образования перикарда). Гистологическая диагностика уточнила патологический процесс – капиллярная гемангиома перикарда.

Ключевые слова: перикард, экссудативный перикардит, эхокардиография, тампонада сердца, капиллярная гемангиома

Благодарность. Мы благодарим сотрудников БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут за сотрудничество.

Введение

Перикард является анатомическим образованием, представленным двустенной сумкой, которая содержит сердце и корни основных сосудов. Перикардальная сумка включает два слоя, серозный висцеральный слой и фиброзный париетальный слой [1,2,3,4]. Между ними расположена полость перикарда, содержащая перикардальную жидкость (выпот) (транссудат от 15 до 50 мл). Транссудат – это невоспалительный выпот, который является

результатом пропотевания сыворотки крови, скапливается в полостях и тканях тела. Экссудат – это жидкость, выделяющаяся в ткани или полости организма из мелких кровеносных сосудов при воспалении [5].

Перикард фиксирует сердце в области средостения, защищает от инфекции и обеспечивает «смазывание» сердца при сокращениях. Заболевания перикарда могут быть как изолированными, так и частью системных заболеваний. Основные синдромы поражения перикарда – перикардиты («острый» впервые развившийся, подострый, «постоянный» или хронический и рецидивирующий), перикардальный выпот, тампонада сердца, констриктивный перикардит и утолщения перикар-

да [1,2,3,4,6,7]. Учитывая отсутствие на сегодняшний день препаратов, содержащих в инструкции по применению показание «перикардит», вся медикаментозная терапия заболевания перикарда считается «офф-лейбл», (off-label – использование лекарственных средств по показаниям, не утвержденным государственными органами). Заболевания перикарда довольно распространены в клинической практике. Частота острого перикардита оценивается в 27,7 случаев на 100000 человек в общей популяции в год, по данным городской выборки Италии [6]. Мужчины в возрасте 16-65 лет имеют повышенный риск перикардита (относительный риск 2,02), чем женщины в общей популяции госпитализированных, с максимальной разницей в риске – у взрослых, если сравнивать с общей популяцией. Внутрибольничная летальность при остром перикардите – 1,1%, увеличивается с возрастом и тяжелыми инфекциями (пневмония или септицемия). Рецидивы происходят у 30% больных в течение полутора лет после первого эпизода острого перикардита [6,7,8,9,10,11]. Этиология заболевания разнообразна и зависит от эпидемиологического окружения, популяционной принадлежности пациента и клинического контекста. В разных странах в большинстве случаев вирусы вызывают перикардит (энтеровирусы, герпес-вирусы, цитомегаловирусы, аденовирусы и парвовирус В19), тогда как туберкулёз – наиболее частая причина заболеваний перикарда в мире и в развивающихся странах, где он эндемичен [3,6]. В таком контексте, туберкулёз обычно ассоциирован с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), особенно в Центральной Африке [3,6].

Целью исследования является анализ клинического случая диагности-

ческого поиска причины массивного экссудативного гидроперикарда у пациентки, находящейся на лечении в терапевтическом отделении БУ «Мегионская городская больница».

Материалы и методы

Проведен анализ клинического случая у пациентки, поступившей в рамках оказания экстренной медицинской помощи в БУ «Мегионская городская больница», по данным медицинской карты стационарного больного. Установленные диагнозы (Экссудативный перикардит (I32.8), Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1C<7,0% (E11.8), Гипертоническая болезнь I стадия, Контролируемая артериальная гипертензия. Сахарный диабет. Риск 2. Целевое АД <130/<80 мм рт. ст. (I11.9)), регламентированы данными изложенными в МКБ 10 пересмотра, введенной в действие приказом Минздрава Российской Федерации от 27.05.97 № 170. [12] и Клиническими рекомендациями: Перикардиты 2022г., утвержденными научно-практическим советом Минздрава РФ [7], Артериальная гипертензия у взрослых, 2022 г., утвержденными научно-практическим советом Минздрава РФ [13], Сахарный диабет 2 типа у взрослых, 2022 г., утвержденными научно-практическим советом Минздрава РФ [14] и проведенными инструментальными исследованиями – электрокардиографией, эхокардиографией, компьютерной томографией органов грудной клетки с контрастным усилением. Лекарственная терапия, проводимая пациентке, назначена в соответствии с Клиническими рекомендациями по лечению перикардитов 2022 г. [7], с тяжестью состояния и рекомендациями инструкций к лекарственным препаратам [15]. Оказание экстренной медицинской

помощи и ее этапность (маршрутизация) была обеспечена согласно действующей на территории округа региональной программы «Диагностика одного дня» [16]: БУ «Мегионская городская больница» → БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» кардиохирургическое отделение №1. Сердечно-сосудистый хирург (Шиленко А.Н.) – торакоскопическая фенестрация перикарда, резекция образования, дренирование полости перикарда проведено согласно Клиническим рекомендациям [7].

Гистологическая диагностика была проведена на базе клинко-диагностического отделения БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут методом световой микроскопии с окрашиванием микропрепаратов гематоксилином и эозином, оптический бинокулярный микроскоп LEICA DM 1000, объективы x5, x10, x20, x40.

Инструментальная диагностика заболевания

Одним из методов инструментальной диагностики, позволяющим установить наличие выпота в полости перикарда, является эхокардиография (рис.1 – эхокардиографическая картина выпотного перикардита, PE – экссудат в полости перикарда), которая дает возможность провести полуколичественную оценку объема выпота и его влияние на гемодинамику [1,2,3,4,6,7,9]. В настоящее время эхокардиография остается основным диагностическим средством для диагностики заболеваний перикарда, в виду своей распространенности и доступности. Компьютерная томография и магнитно-резонансное сканирование дают больше возможностей выявления локализованного выпота, образований в полости перикарда, его утолщения, а также позволяют выявить ассоциированные с ним изменения в грудной полости. На рис. 1 представлена эхокардиографическая картина выпотного перикардита.

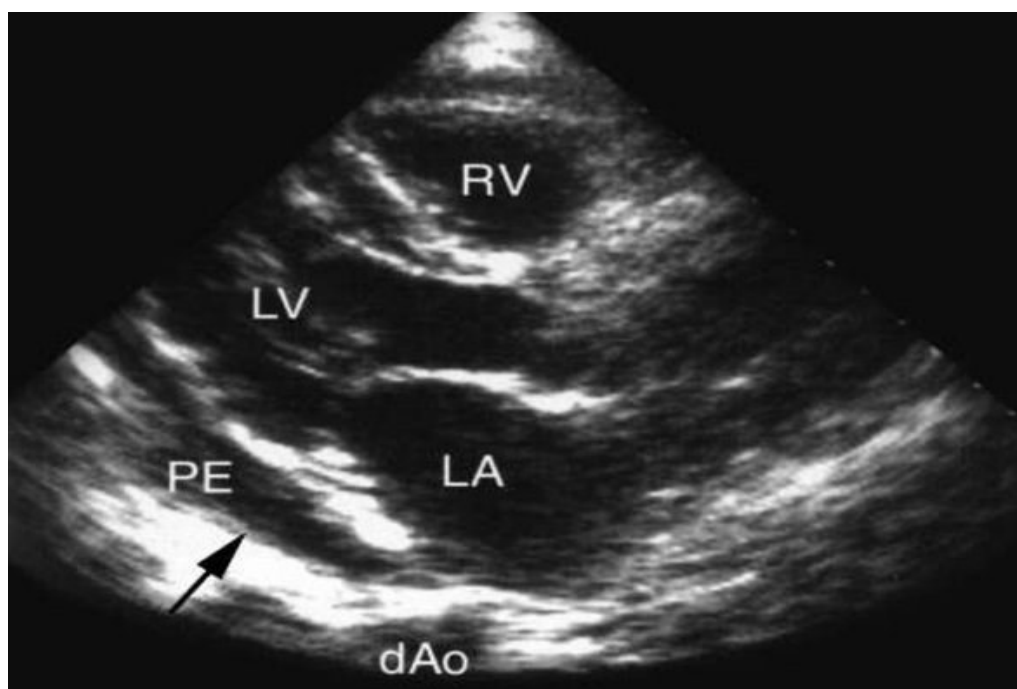


Рис.1. Эхокардиографическая картина выпотного перикардита (PE – экссудат в полости перикарда)

Особенности лечебной тактики.

Учитывая регламентирующие документы (Клинические рекомендации. Перикардиты 2022г.) терапия перикардального выпота должна быть этиотропной [1,2,3,4,6,7,8]. Примерно в 50% случаев, этиология выпота связана с известным заболеванием, и этиотропная терапия эффективна [7]. Однако, если выпот становится клинически выраженным без данных за воспаление или эмпирически противовоспалительные препараты неэффективны, нужно рассмотреть вариант дренирования полости перикарда. [1,2,3,4,6,7,8,9,10,17,18]. Перикардиоцентез с продленным дренажем до 30 мл за 24 часа рекомендован для улучшения соприкосновения слоёв перикарда и профилактики дальнейшего накопления жидкости [6,7].

В настоящее время отсутствуют клинически обоснованные данные по использованию лекарственных препаратов для снижения объема выпота в перикарде [6]. В отсутствии воспаления нестероидные противовоспалительные препараты, колхицин и глюкокортикостероиды неэффективны. Как указывают многие авторы [2,3,4,6,7,8,9,10,17,18], перикардиоцентез сам по себе может быть необходим для разрешения выраженных выпотов, но отмечаются частые рецидивы после манипуляции. Перикардотомия или другие инвазивные меры, по данным специалистов, занимающихся обозначенной проблемой [2,3,4,6,7,8,9,10,17,18], следует рассмотреть вне зависимости от того накапливается ли жидкость, осумковывается, или нужна биопсия.

Результаты исследования. Данные по анализируемому клиническому случаю

В терапевтическое отделение БУ «Мегионская городская больница»

госпитализирована (экстренная медицинская помощь) пациентка 1965 года рождения с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба до 100-150 метров), сухой кашель (чаще по утрам и при нагрузке), отеки нижних век, симметричные отеки нижних конечностей до средней трети голеней, плотные. В течение первых суток с момента поступления пациентке были проведены все необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования, регламентируемые Клиническими рекомендациями перикардитов 2022 г. [7]. По данным ультразвукового исследования плевральных полостей выявлено: гидроторакс справа объем жидкости – 1000 мл, слева – 20 мл, гидроперикард с объемом жидкости более 700 мл. Учитывая полученные данные, пациентке установлен клинический диагноз: Основной: Экссудативный перикардит (I32.8). Фоновый: Полисерозит неуточненного генеза. Правосторонний экссудативный плеврит. Сопутствующий: Гипертоническая болезнь III стадия, неконтролируемая артериальная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность. Сахарный диабет. Риск 4. Целевой уровень артериального давления менее 130/80 мм рт.ст. (I11.9). Хроническая сердечная недостаточность I с сохраненной фракцией выброса (74%), функциональный класс II (I50.0). Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c<7,0%. (E11.9). Ожирение 1 ст. (индекс масс тела – 33,65 кг/м²) (E66.0). По данным электрокардиографии выявлено снижение вольтажа во всех отведениях, (P - 0,08 сек, PQ - 0,11 сек, QRS – 0,10 сек, QT – 0,36 сек, QTc (Bazett) – 0,38 сек, R-R -0,8 сек, ЧСС 75 в мин, P – 0,03 mV, Q – 0,18 mV, R - 0,54 mV, S – 0,02 mV, T – 0,18 mV).

Данные лабораторных исследований: острофазовые показатели воспаления (С-реактивный белок, лактатдегидрогеназа, прокальцитонин, СОЭ, общее количество лейкоцитов и нейтрофилов) в пределах нормы, эутиреоз, лабораторных данных за наличие резорбционно-некротического синдрома не получено; онкопатологии не выявлено (по данным компьютерной томографии органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства).

В условиях терапевтического отделения медицинской организации проводилось лечение согласно клиническим рекомендациям (Перикардиты. 2022 г.) [7] и приказу Минздрава РФ 1094н [19]: основной вариант стандартной диеты без сахара, Фуросемид 60 мг внутривенно струйно один раз в сутки, Лозартан 100 мг утром, Метформин 1000 мг один раз в сутки, Спинолактон 50 мг утром, Диклофенак 3,0 мл внутримышечно один раз в сутки – в течение 3 дней, Омепразол 20 мг 2 раза в сутки.

На фоне проводимой терапии гидроторакс купирован, однако, сохранялся гидроперикард, в прежнем объеме жидкости. Была консультирована посредством телемедицины с кардиологом БУ «Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, рекомендована эмпирическая терапия нестероидными противовоспалительными препаратами в комбинации с ингибиторами протонной помпы в течение 3 дней с последующим ежедневным контролем эхокардиографически количества жидкости в полости перикарда – в динамике объем жидкости в прежнем количестве. Благодаря совместной работе со специалистами БУ «Окружного кардиологического дис-

пансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут пациентке в течение двух дней была согласована дата на обследование в рамках региональной программы «Диагностика одного дня» [16], где была проведена эхокардиография – выявлен гидроперикард с признаками начинающей тампонады объемом жидкости до 1700 мл. Пациентка по жизненным показаниям была госпитализирована в кардиохирургическое отделение №1, где было проведено дренирование полости перикарда, получено 1000 мл серозной жидкости (цитология, проведенная методом оптической микроскопии, представлена эритроцитами, лимфоцитами, лейкоцитами, многочисленными клетками пролиферирующего мезотелия с признаками дистрофии). По данным компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастным усилением препаратов Йогексол 240 мг/мл - 50 мл внутривенно болюсно: в полости перикарда на уровне клапана легочной артерии определялось округлой формы объемное образование размерами 17*20 мм, неоднородной структуры за счет включений жира, прилежащее к легочному стволу, плотность 34 единицы Хаунсфилда (HU), активно неравномерно накапливает контрастное вещество (Йогексол), пик накопления на первой минуте, плотность 61 (HU), на этом фоне определялись очаги плотностью 258-308 (HU), в перикарде жидкость плотностью 7 (HU). Выполнена торакоскопическая фенестрация перикарда и резекция образования. Проведенное гистологическое исследование ткани перикарда выявило: разрастание опухоли, в одних участках представлено большим количеством причудливых широких сосудов, типом синусоидов, выстланных уплощенным эндотелием,

просветы их были заполнены эритроцитами. На других участках опухоль представляла собой пролифераты эндотелиальных клеток, формировавших капиллярные структуры. Кроме того, отмечались очаговые кровоизлияния различной давности, лимфоидные ин-

фильтраты и фиброзные волокна, что соответствует капиллярной гемангиоме перикарда. На рис. 2 (рис. взят из доступных материалов интернет источников) представлена морфологическая картина удаленной капиллярной гемангиомы перикарда.

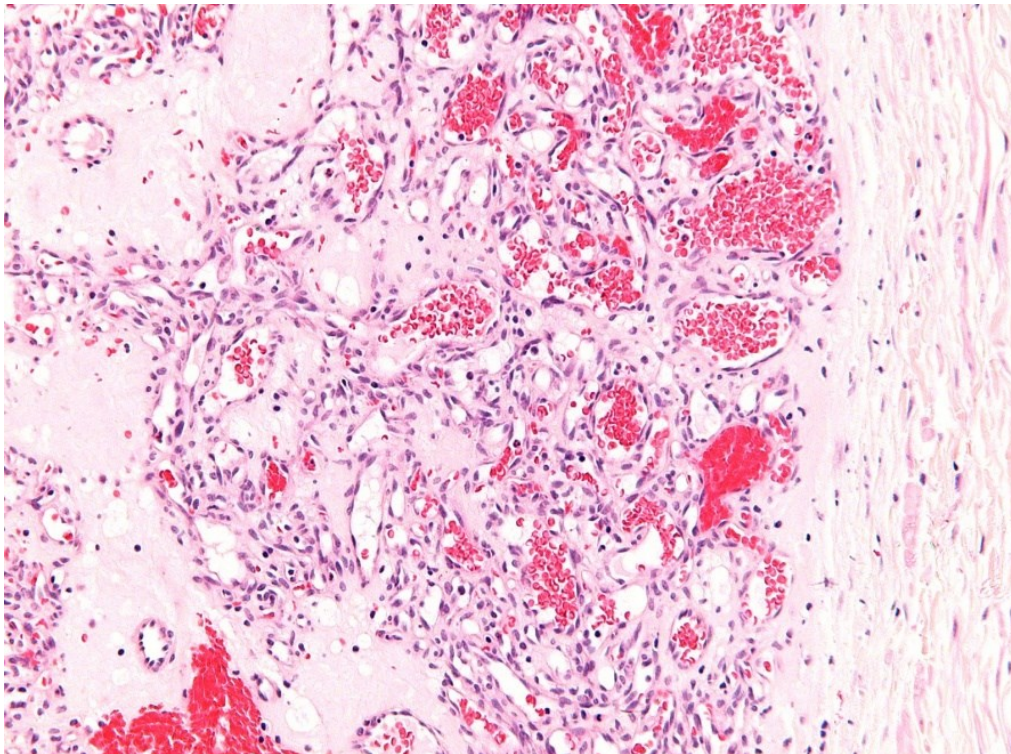


Рис.2. Морфологическая картина удаленной капиллярной гемангиомы перикарда. Окраска гематоксилином и эозином, ув.х40

Течение послеоперационного периода не сопровождалось осложнениями. Пациентка на 20 день лечения в удовлетворительном состоянии была переведена на амбулаторный этап оказания медицинской помощи – под наблюдение кардиолога по месту жительства с рекомендациями: контроль эхокардиографии через 6 месяцев, затем 1 раз в год, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий 1 раз в год, немедикаментозная коррекция факторов риска, контроль артериального давления, пульса ежедневно, медикаментозная терапия: Спиронолактон 50 мг в сутки, Лизиноприл 2,5 мг в

сутки, Ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки, Торасемид 10 мг в сутки. Таким образом, у пациентки с установленным заболеванием, требующим оказания экстренной медицинской помощи, был достигнут запланированный результат лечения – улучшение в виде купирования массивного гидроперикарда.

Заключение

Выполнив диагностический поиск на базе двух лечебно-профилактических учреждений, выявлена основная причина экссудативного массивного гидроперикарда – капил-

лярная гемангиома. Благодаря слаженной работе специалистов медицинских организаций округа высокотехнологичная медицинская помощь жительнице города Мегион была оказано своевременно.

Литература

1. Григорьева, Н. Ю., Стрельцова, А. А., Соловьева, Д. В. Современное представление о диагностике и лечении перикардитов // Медицинский альманах. – 2020. – № 2. – С. 6-14.
2. Лобанова, Я.И., Ловля, В.Я., Зенина, О.Ю., Коричкина, Л.Н., Родионов, А.А. Выпотной перикардит: особенности течения, диагностики и лечения // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2020. – № 38. – С. 33–35.
3. Касьянова, О. В. Заболевания перикарда: этиология, патофизиология, диагностика и лечение // Креативная кардиология. – 2017. – № 4. – С. 326–336.
4. Демин, А. А., Дробышева, В. П. Болезни перикарда. // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 90.
5. Ефремова, Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Русский язык, 2000. Электронный ресурс: <https://www.efremova.info> Дата обращения: 07.06.2023.
6. Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón-Esquivias, G., Bogaert, J., Brucato, A., Gueret, P., Klingel, K., Lionis, C., Maisch, B., Mayosi, B., Pavie, A., Ristić, A., Tenas, M., Seferovic, P., Swedberg, K., Tomkowski, W., Таратухин, Е.О., Арутюнов, Г.П. Рекомендации ESC по диагностике и ведению пациентов с заболеваниями перикарда 2015. // Российский кардиологический журнал. – 2016. – №5. – С.117-162. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-5-117-162>. Дата обращения 03.06.2023.
7. Арутюнов, Г.П., Палеев, Ф.Н., Тарловская, Е.И., Моисеева, О.М., Арутюнов, А.Г., Козиолова, Н.А., Чесникова, А.И., Ребров, А.П., Шапошник, И.И., Петрова, М.М., Григорьева, Н.Ю., Фомин, И.В., Орлова, Я.А., Мальчикова, С.В., Королева, Л.Ю., Носов, В.П., Айвазян, С.А., Зайратьянц, О.В., Сеницын, В.Е., Васюк, Ю.А., Гендлин, Г.Е., Драгунов, Д.О., Соколова, А.В., Иртюга, О.Б. Клинические рекомендации. Перикардиты. 2022 г. // Российский кардиологический журнал. – 2023. – № 28(3). – С. 53-98.
8. Косоногов, А. Я., Немирова, С. В., Поздышев, В. И., Никольский, А.В., Косоногов, К.А., Рыбинский, А.Д., Сидоров, М.А., Логина, С.В. Жизнеугрожающие состояния при перикардитах различной этиологии: диагностика и лечение. // Медицинский альманах. – 2019. – № 2(59). – С.40-5.
9. Colak, A, Becit, N, Kaya, U, Ceviz, M, Kocak, H. Treatment of Pericardial Effusion Through Subxiphoid Tube Pericardiostomy and Computerized Tomography- or Echocardiography – Guided Percutaneous Catheter Drainage Methods. Braz J Cardiovasc Surg. 2019 Mar-Apr; 34(2): 194-202. Электронный ресурс: <http://dx.doi.org/10.21470/1678-9741-2018-0077> Дата обращения: 12.06.23.
10. Гульмурадов, Т.Г., Дадабаев, Д. У., Рашидов, Ф.Ш., Джаббаров, А. А. Видеоторакоскопическое лечение хронического экссудативного перикардита. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. –2019. – №1. – С. 9-15.
11. Erin, A. Gillaspie, MD, a John, M. Stulak, MD, a Richard, C. Daly, MD, a Kevin, L. Greason, MD, a Lyle, D. Joyce, MD, PhD, a Jae Oh, MD, b Hartzell, V. Schaff, MD, a and Joseph, A. Dearani, MD. A 20-year experience with isolated pericardiectomy: Analysis of indications and outcomes. J Thorac Cardiovasc Surg. 2016;152:448-58. Электронный ресурс: [https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223\(16\)30280-X/pdf](https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(16)30280-X/pdf) Дата обращения: 10.06.23.
12. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Электронный ресурс: <https://mkb-10.com/> Дата обращения: 15.06.23

13. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых 2022г. Электронный ресурс: https://scardio.ru/content/Guidelines/project/KR_AG.pdf Дата обращения: 15.06.23.
14. Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у взрослых 2022г. Электронный ресурс: <https://diseases.medelement.com/disease/сахарный-диабет-2-типа-у-взрослых-к-р-ф-2022/17220> Дата обращения: 15.06.23.
15. Регистр лекарственных средств России 2022 г. Энциклопедия лекарств 2022. Выпуск 30. Электронный ресурс: <https://www.rlsnet.ru/products/enciklopediya-lekarstv-2022-23>. Дата обращения: 04.06.2023.
16. В Окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (г. Сургут) внедрили новую форму работы для иногородних пациентов. Электронный ресурс: https://www.cardioc.ru/info/news/v-okruzhnom-kardiologicheskom-dispansere-g-surgut/?sphrase_id=265322. Дата обращения: 05.05.23
17. Титов, К. С., Киселевский, М. В. Современная тактика лечения опухолевых перикардитов. // Злокачественные опухоли. – 2017. – №3. – С.57-61.
18. Писклова, Ю. В., Бучнева, О. В. Опыт лечения экссудативных перикардитов с использованием миниинвазивных доступов. International Scientific and Practical Conference World science. 2018;3-1 (29):39-41.
19. Приказ Минздрава РФ от 24 ноября 2021г. N 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

© Джанаева Э.Ф., Елькина В.Г., 2023

CAPILLARY HEMANGIOMA AS A CAUSE OF EXUDATIVE MASSIVE HYDROPERICARDIUM

Dzhanaeva E.F., Elkina V.G.

Patient admitted for emergency medical care in the budgetary institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra "Megion City Hospital" got a diagnostic search for the causes of massive exudative hydropericarditis (without signs of tamponade; fluid volume more than 700 ml), on the background of polyserositis of unspecified genesis. Due to staged medical care provision: BU KHMAO-YUGRA "Megion City Hospital" Megion - BU "District Cardiological Dispensary "Center for Diagnostics and Medium-Vascular Surgery"" Surgut, the patient was sent to the next stage of examination within the regional program "Diagnostics of one day", in a stated period. In-time examination at the stage - BU "OKD "TSDISSH"" allowed clarifying the diagnosis and performing surgical treatment: thoracoscopic fenestration of the pericardium was diagnosed and resection of the formation of the pericardium was done. Histological diagnosis clarified the pathological process - capillary hemangioma of the pericardium.

Key words: pericarditis, exudative pericarditis, echocardiography, cardiac tamponade, capillary hemangioma

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ТЯЖЕЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Карташова О.С.,

медицинская сестра отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Нагорнова Е.М.,

старшая медицинская сестра отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Камалетдинова Э.А.,

медицинская сестра отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Особенностями сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля являются выполнение медицинских техник в мероприятиях интенсивной терапии, поддерживающих утраченные/нарушенные различные функции организма, использование лекарственных препаратов, влияющих на центральную нервную систему и другие системы организма при наличии у пациентов перекрестной толерантности, оказание всех видов экстренной медицинской помощи у пациентов по профилю, в том числе и мероприятия сердечно-легочной реанимации.

Ключевые слова: сестринский процесс, отделение палат реанимации и интенсивной терапии, наркология, психиатрия, оказание помощи

Введение

Последние два десятилетия характеризуются изменениями системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи в Российской Федерации. Этому способствовала масштабная модернизация здравоохранения, в основе которой лежала программа социально-экономического развития страны [1] и послание президента Федеральному собранию (май 2004 года), в котором были обозначены ключевые направления модернизации здравоохранения [2]. На данном этапе начинают разрабатываться стандарты медицинских услуг, происходит переход от сметного принципа содержания ме-

дицинских учреждений к оплате за объемом и качеством оказанной медицинской помощи, разрабатываются клинические рекомендации, с учетом данных изложенных в 323-ФЗ [3], а в 2012 г. утверждается приказ Минздрава России (20 декабря 2012 г.) № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» и другие приказы Минздрава, регламентирующие деятельность медицинских работников.

Последовательное появление законодательной базы привело к утверждению 31 июля 2020 г. в Министерстве труда и социальной защиты РФ

приказа № 471н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра – анестезист» [4], который регламентировал деятельность среднего медицинского персонала в области анестезиологии-реаниматологии и уточнил выполняемые медицинской сестрой трудовые функции (трудовые действия – умения, знания) по организации рабочего пространства в палате интенсивной терапии; проведение первичного осмотра пациента и оценки безопасности окружающей среды.

Таким образом, сестринское дело, сестринский процесс и стандартизация профессиональной деятельности в области анестезиологии-реаниматологии находятся на этапе становления и развития как направления, что актуализирует данное клиническое исследование, **цель** которого установление особенностей сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля. Поставленная цель определила задачи исследования: 1. представить некоторые исторические этапы формирования и организации сестринского процесса, в том числе в отделении палат реанимации и интенсивной терапии; 2. дать характеристику особенностям сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля, сложившиеся в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Поставленная цель и задачи позволяют рассматривать журнал, в котором публикуется материал, как уникальную научно-образовательную платформу, на которой, по нашему примеру,

могут появиться материалы данной направленности, подготовленные специалистами, имеющими среднее профессиональное образование.

Материалы и методы

В рамках данного исследования использованы базы данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), анализировалась отечественная литература, основные нормативно-правовые документы, регламентирующие сестринский процесс и оказание медицинской помощи пациентам наркологического, психиатрического, анестезиолого-реанимационного и токсикологического профиля, материалы, регламентирующие работу отделений БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» [5].

Результаты

Исторические этапы формирования и организации сестринского процесса. История медицины как научная дисциплина должна учитывать факты, подтвержденные документально или отраженные современниками. В этом контексте хочется привести высказывание профессора Карла Хампе: "Die Geschichte kennt kein Wenn" («История не знает слова если») и его русскую транскрипцию – «История не знает солагательного наклонения».

Одной из первых медицинских сестер (в числе сестёр Крестовоздвиженской общины) в России была Бакунина Екатерина Михайловна, которая начала работу на театре военных действий в бараках осаждённого Севастополя в 1855 г. [6]. В воспоминаниях Н.И. Пирогова нашли отражения слова восхищения и уважения не только бескорыстием, редким трудолюбием, но и мужеством и бесстрашием сестер милосер-

дия [7]. В 1916 г. главноуполномоченный Красного Креста внутреннего района Российской империи А.Д. Самарин [8] (с 1915 года главноуполномоченный Российского общества Красного Креста по эвакуации раненых во внутренние районы империи) издает (по всем подведомственным ему учреждениям) циркуляр [9] о порядке ношения формы сестрами милосердия, который является первым документом, регламентирующим сестринский процесс [10].

История сохранила множество источников, отражавших работу сестер милосердия на полях военных действий, представляем некоторые из них: В.А. Оппель «Очерки хирургии войны» (1940) [11.]; Отчет Александровской общины сестер милосердия (1884-1916) [12]; Д. Михайлов «Красный крест и сёстры милосердия в России и за границей» (1914) [13]; А.В. Постернак «Очерки по истории общин сестёр милосердия» (2001) [14]; журнал «Женское дело», Москва (1914) [15].

В 2017 г. в православном Свято-Тихоновском гуманитарном университете издается книга «Сестры милосердия в годы Первой мировой войны», в которой автор А.В. Срибная описывает мужество и профессионализм сестер, рассказывает об их нелегком труде, благодаря которому встали в строй и выжили защитники отечества [16].

Задачами, решаемыми при оказании экстренной медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии пациентам психиатрического, наркологического и токсикологического профиля, являются: поддержание/восстановление функционирования жизненно важных систем организма (респираторная, сердечно-сосудистая, нарушенные функции центральной нервной системы); проведение детоксикационной терапии и коррекция

нарушений возникающих в результате длительного поступления экзогенных веществ (наркотические средства и психотропные вещества); поступления веществ в токсических концентрациях (острое отравление, токсическое действие вещества); проведение мероприятий интенсивной терапии, необходимых для коррекции нарушений, возникших в результате использования нейротропных лекарственных препаратов (злокачественный нейролептический синдром).

Для начала рассмотрим основные понятия, используемые при оказании помощи, знание которых является обязательным в работе медицинской сестры. Сестринский процесс (СП) – это научная технология или методология организации и оказания практической сестринской помощи (сестринского ухода за пациентом). Знание сестринского процесса специалистом позволяет определить план действий медицинской сестры и последовательность его выполнения, а именно – ее участие в оказании экстренной медицинской помощи пациенту (выполнение трудовых функций), и оценка качества оказания данной помощи.

В предыдущем абзаце даны несколько понятий, которым необходимо дать определение, понимание их необходимы с учетом цели и поставленных задач исследования.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказа-

нием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. Понятие «больной» – биологическое понятие-статус, характеризующее состояние организма, не соответствующее критериям «здорового человека». Поэтому юридического значения такое понятие не имеет, в отличие от понятия «пациента». При этом пациентом может быть, как больной, так и здоровый человек.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [3].

В трудовых функциях медицинской сестры [17] указаны их наименования – оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях/состояниях; проведение мероприятий по профилактике инфекционных и инфекционных заболеваний; ведение медицинской документации; оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Трудовые функции [17] (определенная работа, выполняемая работником) медицинской сестры в разделе «Оказание медицинской помо-

щи в экстренной форме» предполагают выполнение специалистом трудовых действий, наличие умений и знаний, а именно: 1. Трудовых действий: проведение первичного осмотра пациента, оценка безопасности окружающей среды; оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; проведение мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации; оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе, клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); 2. Умений: проводить первичный осмотр пациента и оценку безопасности условий; распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); осуществлять наблюдение и контроль состояния пациента (пострадавшего), измерять показатели жизнедеятельности, поддерживать витальные функции; 3. Знаний: правила и порядок проведения

первичного осмотра пациента (пострадавшего) при оказании медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; порядок применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме; правила и порядок проведения мониторинга состояния пациента при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

Вышесказанное регламентировано приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федера-

ции от 31 июля 2020 года № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат"» [17], дает нам возможность подойти к второй задаче исследования – представить характеристику особенностей сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница». На рисунке 1 представлена БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» (2022 г.)



Рис. 1. БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» (2022 г.)

БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» является многопрофильной специализированной медицинской организацией, в которой оказывают специализированную медицинскую помощь населению г. Ханты-Мансийска, Ханты-Мансийского, Березовского, Кондин-

ского, Белоярского и Октябрьского районов. Медицинская организация оснащена современным оборудованием, в ее штате работают сертифицированные специалисты.

Организация оказывает высококвалифицированную: психиатрическую, наркологическую, токсикологическую

психологическую, социальную помощь населению, осуществляет экспертную деятельность посредством работы комиссий: военно-врачебной, судебно-наркологической, судебно-психиатрической. С января 2007 года функционирует лечебно-диагностическое отделение, которое осуществляет диагностическую, лечебно-профилактическую, консультативную и санитарно-просветительную помощь населению. Медицинская организация имеет 121 койку, из них наркологических – 35, психиатрических – 80, палата интенсивной терапии и реанимации – 6 коек. Круглосуточно работает кабинет медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического). Амбулаторно-поликлиническое отделение может принять 107 пациентов за смену. Отделение палаты реанимации и интенсивной терапии обеспечивает круглосу-

точное оказание экстренной помощи пациентам наркологического и психиатрического профиля.

Структура палат реанимации и интенсивной терапии Ханты-Мансийской клинической психоневрологической больницы. Палаты реанимации и интенсивной терапии были организованы и начали оказывать экстренную помощь пациентам в январе 2006 г. Отделение имеет отдельный блок в котором развернуто 6 коек (общая площадь на одну койку составляет 41 кв.м., полезная 11,6 кв.м). Палаты реанимации и интенсивной терапии включают помещения: две палаты по две койки, боксированная палата для инфекционных больных на одну койку, ординаторская, кабинет заведующего, кабинет старшей медицинской сестры, кабинет сестры-хозяйки, комната для медперсонала, два поста медицинской сестры, подсобные помещения – стерилизационная.



Рис. 2. Сотрудники (на пересмене) отделения палат реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» (август 2023 г.). С права на лево А.Е. Ганеева, А.Н. Косарев, Д.М. Кудерко, Е.М. Нагорнова, О.Н. Кобякова, И.Б. Мишарина, Н.С. Антоненко, Я.Б. Романова, О.С. Карташова, Б.Б. Яцинюк

Отделение оснащено современным оборудованием для проведения лечебно-диагностических медицинских техник с осуществлением круглосуточного мониторинга необходимых жизненно-важных функций организма пациента (дыхание, сердечная деятельность, температура тела, диурез и другие) [18]. Пациенты после первичного осмотра профильного специалиста (врач-нарколог, врач-психиатр-нарколог) осматриваются при поступлении в отделение палаты реанимации и интенсивной терапии врачом-анестезиологом-реаниматологом. Немаловажным для достижения запланированного результата лечения – выздоровление пациента, проводится согласование тактики оказания экстренной медицинской помощи врачом анестезиологом-реаниматологом и профильным специалистом. При наличии показаний пациентов консультируют специалисты: врач-терапевт, врач-токсиколог, врач-гастроэнтеролог, врач-невролог, врач-окулист, врач-инфекционист, врач-фтизиатр и другие специалисты по профилям оказания помощи. При необходимости выполнения отдельных инструментальных исследований (КТ, МРТ) пациенты транспортируются в БУ «Окружная клиническая больница», что позволяет специалистам установить клинический диагноз. Отделение является структурным подразделением организации, на которое распространяются все правила с учетом оказываемой медицинской помощи организацией. К специалистам, работающим в отделении, предъявляются особые требования: соблюдать принципы медицинской деонтологии и морально-правовых норм профессионального общения с пациентами, постоянно быть бдительными, иметь выдержку, терпение, чуткость и индивиду-

альный подход к каждому сложному (с учетом профиля заболевания) пациенту, сохранять спокойствие и самообладание в любой чрезвычайной и экстренной ситуации.

С учетом цели данной работы необходимо отметить, что медицинская сестра, выполняя функциональные обязанности, руководствуется должностной инструкцией и Стандартными операционными процедурами («СОПы»), утвержденными [5], и другими нормативными документами [19,20,21,22,23,24], СанПиНом [25] и Гост ISO 9001-2017 «Системы менеджмента качества», регламентирующего ведение медицинской документации [26].

Медицинская сестра палаты принимает дежурство непосредственно у реанимационной койки, на которой находится пациент. Она оценивает психоэмоциональное состояние пациента, особенности его поведения и ответы на вопросы. Спецификой работы медицинской сестры в отделении является оказание медицинской помощи пациентам, имеющим заболевание/состояние, требующих экстренной медицинской помощи, у которых, имеются нарушения функций центральной нервной системы, психических функций (других систем организма), а именно – психоз, делирий, галлюцинации различных сфер чувств, абстинентный синдром, судорожный приступ, суицидальное поведение, требующее контроля, нарушение гемодинамических показателей (гипотензия, нарушения ритма и проводимости – брадикардия, тахикардия, фибрилляция и блокады), респираторные нарушения (депрессия дыхания), нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния (гипогидратация, гипергидратация, гипернатриемия, гиперкалиемия, алкалоз, ацидоз и другие нарушения), прием ле-

карственных препаратов и веществ с развитием острого отравления химической этиологии. Учитывая патогенез заболеваний у многих пациентов имеются нарушения со стороны выделительных органов (печеночная недостаточность, почечное повреждение) и системы гемопоеза (анемия, тромбоцитопения).

С учетом представленных нарушений пациентам требуется проведение инфузионной терапии, выполнение медицинской техники – установление венозного доступа, что требует знаний и умений у медицинской сестры работы с венозным доступом и надежностью его фиксации, системами для инфузоматов и магистральями для шприцевых перфузоров, использования лекарственных препаратов и введение их внутривенно (другие способы введения) в дозах, указанных врачом по листу назначения, с контролем состояния пациента с учетом фармакологического эффекта лекарственного препарата и их комбинаций.

Специфика заболеваний у пациентов, возникающие нарушения и регламент оказания помощи пациентам по тяжести состояния [18] требуют круглосуточного мониторинга функций – кардиомониторинг, насыщение периферической крови кислородом, диуреза, выделения объема жидкости по желудочному зонду (контроль гидробаланса). Данный мониторинг необходим для экстренного реагирования медицинского персонала на возникшие нарушения и их своевременной коррекции.

Так как в отделении оказывается экстренная медицинская помощь медицинская сестра, приступая к работе, проверяет укомплектованность анестезиологического столика для экстренной интубации трахеи и проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) – наличие интубационных трубок

разных размеров, ларингоскопа, состояние готовности к работе аппарата ИВЛ, исправность вакуумного аспиратора, электрокардиографа, дефибрилятора.

Одной из сложных и специфических медицинских техник/манипуляций является работа по приготовлению растворов для внутривенных инфузий (введение кристаллоидных и коллоидных растворов), которые содержат различные компоненты лекарственных средств (Сульфат магния, Цитофлавин и другие), знание медицинской сестрой отделения правил по их использованию и скорости введения является важным элементом в оказании медицинской помощи пациенту.

Патогенез заболеваний, развитие нарушений, проявляющиеся абстинентным состоянием с нарушением психических функций, требует использования лекарственных средств для неингаляционного наркоза (средств для наркоза) – Тиопентал натрия, Пропофол, Дексмететомидина гидрохлорида (Байдексан); анксиолитиков, снотворных средств (Сибазон, Фенобарбитал), антипсихотических средств – нейролептиков различных фармакологических групп (Хлорпромазин, Сульпирид, Галоперидол), а вместе с тем и пристального контроля мониторируемых показателей – контроля возбуждения с переходом в седацию. Учитывая представленные препараты, используемые при оказании помощи, необходимо отметить, что пациенты, длительно использующие различные экзогенные вещества, обладают перекрестной толерантностью. Толерантность – состояние адаптации к наркотическим или другим психоактивным веществам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же количества наркотика, когда для достижения

прежнего эффекта требуется более высокая доза препарата. Толерантность, возникающая при приеме одного вещества, распространяется на другие препараты, которые больной ранее не принимал.

Тактика медицинской сестры при поступлении пациента по экстренной медицинской помощи. При поступлении пациента требуется укладывание его на функциональную реанимационную кровать (в некоторых случаях используется укладывание пациента на противопролежневый матрас), проводится внешний осмотр пациента. Подключается кардиомонитор для динамического наблюдения: контроля артериального давления (АД, мм рт.ст.), частоты сердечных сокращений (ЧСС, в мин), частоты дыхательных движений (ЧДД, в мин), сатурации (насыщение периферической крови кислородом, %). Для контроля суточного диуреза, а вместе с тем и гидробаланса, устанавливается мочевого катетер.

Мониторинг позволяет медицинской сестре-анестезисту и врачу-анестезиологу-реаниматологу непрерывно получать информацию о состоянии пациентов.

Всем поступившим пациентам обеспечивается венозный доступ периферическим катетером (игла Брауна) для проведения инфузионной терапии и введения лекарственных средств с различным фармакологическим действием, в указанных дозах в листе назначения. Проводится забор биологических сред организма (крови, мочи) для лабораторных исследований (оценка кислотно-щелочного баланса, уровня гликемии, тяжести цитолитического синдрома и других нарушений, показателей коагулограммы, для оценки наличия гипо- и гиперкоагуляции, маркеры гепатитов, ВИЧ-инфекции),

позволяющие оценить врачу нарушения и их тяжесть.

Необходимо отметить, что медицинская сестра отделения обладает знаниями и умениями ассистирования врачу-анестезиологу-реаниматологу при проведении медицинских техник/процедур: катетеризации подключичной и яремной вены, спинномозговой пункции, трахеостомии, интубации трахеи, постановки воздуховодной трубки для проходимости верхних дыхательных путей, санации и промывания трахеобронхиального дерева и полости рта, надманжеточного пространства пациенту находящегося на искусственной вентиляции легких. Также медицинская сестра участвует вместе с врачом при оказании реанимационных мероприятий пациенту с остановкой сердечной деятельности и дыхания.

С учетом специфики отделения медицинская сестра проводит регистрацию электрокардиограммы, а при необходимости оказания экстренной медицинской помощи в профильных отделениях работает с инструментарием и лекарственными препаратами, имеющимися в медицинском кейсе (транспортный реанимационный набор).

Обсуждение

Пагубные пристрастия (алкоголизм и наркомания) – это заболевания, которые могут в течение непродолжительного времени приводить к нарушению функций органов и систем, требующих проведения мероприятий интенсивной терапии, а вместе с тем лечения в специализированных отделениях, оказывающих экстренную медицинскую помощь. Специфика пациентов, поступающих и проходящих лечение в отделении палат реанимации и интенсивной терапии в БУ «Ханты-

Мансийская клиническая психоневрологическая больница», как и в других медицинских организациях по данному профилю оказания помощи такова, что даже «идеально» проведенное лечение с начала в реанимационном отделении, затем в профильном отделении не исключает дальнейшего продолжения пагубного пристрастия.

Забота о человеке, продолжении его активной жизни, улучшение качества жизни и укрепление здоровья людей, предотвращение осложнений и нежелательных исходов всегда были в центре внимания медицинских работников различных специальностей. И здесь огромная роль отводится медицинской сестре, ее профессиональным качествам, достигающимся благодаря непрерывному образованию в течение длительного времени работы в медицинских организациях, совершенствование профессиональных компетенций. В работе медицинской сестры-анестезиста в согласии с этическим кодексом медсестры России она следует принципам этики и деонтологии, конфиденциальности, индивидуального подхода к пациентам и уважительного отношения к ним.

Нарушения функций органов и систем, возникающие на фоне хронического пристрастия, приводят к выраженным нарушениям функций организма и прежде всего центральной нервной системы, которое проявляется развитием психоза, делирия, галлюцинаций, абстинентный синдром, судорожными приступами и другими экстренными заболеваниями/состояниями. В представленных данных изложены особенности сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля – выполне-

ние медицинских техник в мероприятиях интенсивной терапии, использование лекарственных препаратов, влияющих на центральную нервную систему и другие системы организма при наличии перекрестной толерантности, оказание сердечно-легочной реанимации, которые требуют от медицинской сестры компетентности в выполняемых ей трудовых действиях, умениях и знаниях.

Выводы

Особенностями сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля являются выполнение медицинских техник в мероприятиях интенсивной терапии, поддерживающих утраченные/нарушенные различные функции организма, использование лекарственных препаратов, влияющих на центральную нервную систему и другие системы организма при наличии у пациентов перекрестной толерантности, оказание всех видов экстренной медицинской помощи у пациентов по профилю, в том числе и мероприятия сердечно-легочной реанимации.

Литература

1. Программа модернизации здравоохранения РФ введена Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ.
2. Электронный источник: <https://www.dirklinik.ru/article/319-programma-modernizatsii-rossiyskogo-zdravooohraneniya-osnovnye-napravleniya-razvitiya> Дата обращения 16.08.2023.
3. Послание Президента Российской Федерации от 26.05.2004 г. «О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государ-

- ства» [Электронный источник: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36353> Дата обращения 16.08.2023].
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
 5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. N 471н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра – анестезист» [Электронный источник: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74463628/> Дата обращения 18.07.2023].
 6. БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» [Электронный источник: <https://hmkpnb.ru> Дата обращения 16.08.2023].
 7. Синицын. Воспоминания врача Синицына о Екатерине Михайловне Бакуниной // Вестник Европы. – 1898. – №7. – [Электронный источник: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Вестник Европы \(1866-1918\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Вестник_Европы_(1866-1918)) Дата обращения 17.08.2023].
 8. Пирогов, Н.И. Крымская война. Записки военного хирурга. Изд-во: Родина, 2023. – 336с. [Электронный источник: <https://www.labirint.ru/books/912591/> Дата обращения 17.08.2023].
 9. Самарин Александр Дмитриевич [Электронный ресурс: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> Дата обращения 17.08.2023].
 10. Циркуляр о порядке ношения формы сестрами милосердия [Электронный источник: <https://histrf.ru/read/articles/angely-v-belyh-platochkah-kak-v-rossiyskoy-imperii-poyavilis-sestry-miloserdiya> Дата обращения 17.08.2023].
 11. «Ангелы в белых платочках». Как в Российской империи появились сестры милосердия. [Электронный ресурс <https://histrf.ru/read/articles/angely-v-belyh-platochkah-kak-v-rossiyskoy-imperii-poyavilis-sestry-miloserdiya/> Дата обращения 06.08.2023].
 12. Оппель, В.А. Очерки хирургии войны. / Под ред. И. А. Ключс. – Л.: Наркомздрав СССР, Государственное издательство медицинской литературы, Ленинградское отделение, 1940. – 399 с. [Электронный источник: <https://warlib.site/oppel/> Дата обращения 17.08.2023].
 13. Отчет по Московской городской Александровской общине сестер милосердия «Утоли моя печали»... Москва, 1884-1916. Каталог документов с 1831. [Электронный источник: <https://search.rsl.ru/ru/record/01003513278/> Дата обращения 06.08.2023].
 14. Михайлов, Д. Красный крест и сёстры милосердия в России и за границей. Изд-во: Петроград; Киев: Сотрудник, 1914. - IV, 92 с. [Электронный источник: <https://search.rsl.ru/ru/record/01004192143/> Дата обращения 17.08.2023].
 15. Постернак, А.В. Очерки по истории общин сестёр милосердия. – М.: Издательство «Свято-Димитриевское училище сестер милосердия», 2001. – 304 с. [Электронный источник: https://shemshur.narod.ru/Portfolio/Portfolio-3_6.htm/ Дата обращения 17.08.2023].
 16. Журнал «Женское дело», Москва: Е.С. Крашенинникова (1910-1918). Выпуск 1914 г. [Электронный источник: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008699357> Дата обращения 17.08.2023].
 17. Срибная, А.В. Сестры милосердия в годы Первой мировой войны. Изд-во: Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет (ПСТГУ), Москва, 2017. 192 с. [Электронный источник: <https://search.rsl.ru/ru/record/01009441064/> Дата обращения 17.08.2023].
 18. Министерство труда и социальной защиты РФ Приказ от 31 июля 2020 г № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «медицинская сестра/медицинский брат» [Электронный источник <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=370329/> Дата обращения 17.08.2023].
 19. Приказ Минздрава РФ от 15 ноября 2012 года № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи

- взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология» [Электронный источник: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=323877/> Дата обращения 17.08.2023].
20. Приказ Минздрава РФ от 12.11.1997 г. № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ». [Электронный источник: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=233646/> Дата обращения 17.08.2023].
21. Приказ Минздрава РФ от 22.04.2014 г. № 183н «Об утверждении перечня лекарственных средств, для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету». [Электронный источник: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=260004/> Дата обращения 17.08.2023].
22. Приказ Минздрава РФ от 17.06.2013 г. № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения». [Электронный источник: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=306571/> Дата обращения 17.08.2023].
23. Приказ Минздрава РФ от 16.08.1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ». [Электронный источник: <https://base.garant.ru/4174001/> Дата обращения 17.08.2023].
24. Приказ Минздрава СССР от 12 июля 1989 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране». [Электронный источник: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=74201/> Дата обращения 17.08.2023].
25. СанПиН 3.1.5.2826-10 от 11.01.2011 г. «Профилактика ВИЧ-инфекции» [Электронный источник: <https://docs.cntd.ru/document/902256311> Дата обращения 17.08.2023].
26. ГОСТ ISO 9001-2017 «Системы менеджмента качества» [Электронный источник: <https://docs.cntd.ru/document/1200124394> Дата обращения 17.08.2023].

© Карташова О.С., Нагорнова Е.М.,
Камалетдинова Э.А., 2023

FEATURES OF THE NURSING PROCESS IN THE PROVISION OF CARE IN THE DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE AND INTENSIVE CARE WARDS IN SEVERE PATIENTS WITH NARCOLOGICAL AND PSYCHIATRIC PROFILE

Kartashova O.S., Nagornova E.M., Kamaletdinova E.A.

The peculiarities of the nursing process in the provision of care in the department of intensive care and intensive care wards in severe patients with narcological and psychiatric profile are - the implementation of medical techniques in intensive care activities that support lost / impaired various body functions, the use of drugs that affect the central nervous system and other body systems in the presence of patients with cross-tolerance, the provision of all types of emergency medical care in patients by profile, including cardiopulmonary resuscitation measures.

Key words: nursing process, intensive care unit, narcology, psychiatry, assistance

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.173

ДИАГНОСТИКА ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Жибаркина О.В.,

врач акушер-гинеколог первой квалификационной категории
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Погосова Т.Э.,

врач клинической лабораторной диагностики высшей квалификационной категории
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Кедрова В.С.,

к.м.н., врач клинической лабораторной диагностики высшей квалификационной категории
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Винокурова Т.Ю.,

к.м.н., заведующий лабораторией – врач клинической лабораторной диагностики
высшей квалификационной категории Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Григорук С.Д.,

к.м.н., главный врач-начальник Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Липская О.В.,

заместитель главного врача по лечебной части
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Статья посвящена клинике, диагностике, профилактике и эффективности применения местной комбинированной терапии при генитоуринарном менопаузальном синдроме у женщин старшей возрастной группы.

Ключевые слова: генитоуринарный менопаузальный синдром, атрофический вагинит, постменопауза, микроскопическое исследование влагалищного мазка, цитологическое исследование микропрепарата шейки матки, диагностика, терапия, лактобактерии, эстрогены, кольпоскопия

Цель

Оценить информативность, достоверность и доступность лабораторных методов исследования для выявления нарушения нормального биоценоза влагалищного биотопа и атрофии эпителия у женщин постменопаузального периода. Показать эффективность применения местной комбинированной

терапии генитоуринарного менопаузального синдрома и подтвердить ценность диагностических мероприятий на различных этапах лечения.

Введение

Проблема генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) у женщин старшей возрастной группы акту-

альна в настоящее время как наиболее часто встречающееся доброкачественное заболевание вульвы и влагалища, снижающее качество жизни у женщин в климактерии [1,2]. Атрофический вагинит характеризуется резким истончением слизистой влагалища, прекращением пролиферативных процессов во влагалищном эпителии. Клиническими признаками ГУМС являются: сухость, зуд во влагалище, рецидивирующие вагинальные выделения (часто принимаемые за инфекционный кольпит), диспареуния, контактные кровянистые выделения, опущение стенок влагалища, сексуальные расстройства [4,5].

Диагностика и дифференциальная диагностика ГУМС в первую очередь должна быть направлена на исключение онкологической, инфекционной патологии, которые могут маскироваться за возрастными изменениями.

У здоровых женщин репродуктивного возраста значения pH влагалищного содержимого находится в пределах 3,6-4,5, что обеспечивается лактобактериями, превращающими глюкозу, образующуюся из гликогена, в молочную кислоту в клетках многослойного плоского эпителия слизистой влагалища [8,9]. Лактобактерии также продуцируют другие антибактериальные компоненты, в том числе перекись водорода. Палочки Дедерлейна на фоне низкого показателя pH, а также иммуноглобулины, продуцируемые парауретральными железами, являются своеобразной защитой от рецидивирующей влагалищной инфекции [5,10]. Таким образом, нормальная микрофлора влагалища зависит от содержания гликогена в эпителиальных клетках, числа лактобактерий, pH, уровня эстрогенов, а также половой активности в пострепродуктивном периоде женщин. Главным пусковым механизмом в патогенезе ГУМС

является уменьшение выработки эстрогенов, сопровождающееся снижением микроциркуляции слизистой влагалища, что приводит к ишемии и гипоксии различной степени [6,7]. Вследствие этого происходит развитие атрофических процессов во влагалищном эпителии. Диспареуния при ГУМС также рассматривается как следствие гипоксии влагалищной стенки. Зуд и жгучая боль обусловлены атрофическими изменениями малых половых губ, склеротическими изменениями в вульварном кольце.

Лечение пациенток с ГУМС представляет сложную и длительную работу. Основная цель терапии – облегчение симптомов и восстановление среды влагалища максимально до здорового комфортного состояния.

Следует учесть тот факт, что системная менопаузальная гормонотерапия (МГТ) зачастую недостаточно эффективна для купирования симптомов ГУМС, и может потребовать дополнительного назначения локальной терапии эстрогенами. Однако, проявления ГУМС часто бывают устойчивы к различным видам монотерапии препаратами, содержащими половые стероиды.

В РФ для локального (вагинального) применения зарегистрированы препараты, увеличивающие содержание молочной кислоты во влагалище (суппозитории, гели), лубриканты, увлажнители и препараты эстриола в различных дозах - от 0,5 до 0,03 мг как в виде монотерапии, так и в сочетании с лактобактериями [3, 5].

Для улучшения качества жизни и профилактики развития возможных осложнений целесообразным является изучение эффективности местной терапии, подобранной с учетом индивидуальных особенностей пациенток, возраста, гормонального фона и сопутству-

ющих заболеваний. Динамическое диагностическое наблюдение за лечебным эффектом и использование доступных методов лабораторной диагностики позволит своевременно провести коррекцию выбранной терапии.

Материалы и методы

Для проведения исследования нами выбрана клиническая группа, состоящая из 52 пациенток, обратившихся к врачу акушеру-гинекологу МСЧ ООО «Газпром трансгаз Сургут» в период 2020-2023 гг. с жалобами на сухость влагалища, жжение и зуд, диспаритию. Средний возраст наблюдаемых составил $53,3 \pm 6,7$ лет, время наступления менопаузы $48,3 \pm 4,2$ года, продолжительность менопаузы – 7-10 лет.

Диагностика ГУМС проведенного нами исследования основана на данных анамнеза, оценке жалоб пациенток, гинекологического осмотра, проведении лабораторных и инструментальных методов. Определение вагинального pH (более 5,0) проводилось с помощью индикаторных тест-полосок «Кольпо-тест pH» (ООО «Биосенсор АН»). Микроскопическое исследование мазка из урогенитального тракта включало оценку препарата, окрашенного по Романовскому - Гимза и метиленовым синим. Цитологическое исследование соскоба шейки матки и цервикального канала проводилось традиционным методом при окрашивании по Романовскому - Гимза [9,10].

Учитывая важность преаналитического этапа при выполнении микроскопического исследования препарата, сотрудниками нашей лаборатории была разработана стандартная операционная процедура (СОП), описывающая порядок проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта. Пациентам перед диагно-

стической процедурой рекомендовано: не использовать спринцевание, местное лечение (введение во влагалище медикаментов, свечей, кремов) в течение 48-72 часов, воздержаться от полового контакта, интравагинального ультразвукового исследования. Мазки, направляемые в лабораторию, должны быть промаркированы, высушены на воздухе и, при необходимости, зафиксированы.

Инструментальные методы диагностики включали проведение кольпоскопии с оценкой признаков атрофии эпителия, эластичности вагинальной стенки, состояния субэпителиальных сосудов стромы шейки матки, наличия петехиальных кровоизлияний. Методом УЗ-сканирования нами были исключены пациентки с органической патологией.

Проводился также расчет индекса вагинального здоровья, который, по данным литературы [6,7], считается суммирующим способом диагностики атрофического кольпита (табл. 1).

Нами было выделено 4 группы пациенток с урогенитальными расстройствами и объективными признаками атрофии слизистой влагалища, выявленными при клинико-лабораторном обследовании. На первом этапе всем женщинам проводилась этиотропная противовоспалительная терапия.

На втором этапе I группе (12 женщин) назначена негормональная терапия – средства, увеличивающие содержание молочной кислоты во влагалище (суппозитории, гели), лубриканты и увлажнители: гель вагинальный в тубиках-микроспринцовках (молочная кислота 225 мг + гликоген 5 мл) по 5 мл во влагалище на ночь 7 дней, затем 1–2 тубика в неделю в течение 3–6 мес.

Пациенткам II группы (15 женщин) проводилась монотерапия вагиналь-

Таблица 1

Индекс вагинального здоровья (Vaginal Health Index)

Число баллов	Эластичность	Транссудат	pH	Эпителий	Влажность
1 балл – высшая степень атрофии	отсутствует	отсутствует	> 6,1	петехии, кровоточивость	выраженная сухость, поверхность воспалена
2 балла – выраженная атрофия	слабая	скудный, поверхностный, желтый	5,6-6,0	кровоточивость при контакте	выраженная сухость, поверхность не воспалена
3 балла – умеренная атрофия	средняя	поверхностный, белый	5,1–5,5	кровоточивость при соскабливании	минимальная
4 балла – незначительная атрофия	хорошая	умеренный, белый	4,7-5,0	не рыхлый тонкий	умеренная
5 баллов – норма	отличная	достаточный, белый	< 4,6	нормальный	нормальная

ными препаратами, содержащими эстрогены в низких дозах в виде локальных форм – свечи эстриол – 0,5 мг или крем эстриол – 1мг/мл. В начале лечения – ежедневно в течение 2 недель (максимально до 4 недель), по мере улучшения – 2 раза в неделю длительно.

III группе, включающей 13 пациенток, назначена комбинированная терапия гормональными препаратами совместно с лубрикантами: комбинация 0,03 мг эстриола и лактобактерий по 1 вагинальной таблетке ежедневно на протяжении 6-12 дней, далее поддерживающая доза – 1 вагинальная таблетка 1-2 раза в неделю.

IV группа включала 12 пациенток, отказавшихся от проведения второго этапа лечения ГУМС.

Результаты и их обсуждение

В рамках обследования у всех женщин с подозрением на наличие генитоуринарного менопаузального синдрома был собран подробный анамнез для исключения неспецифических кольпитов, в том числе связанных с

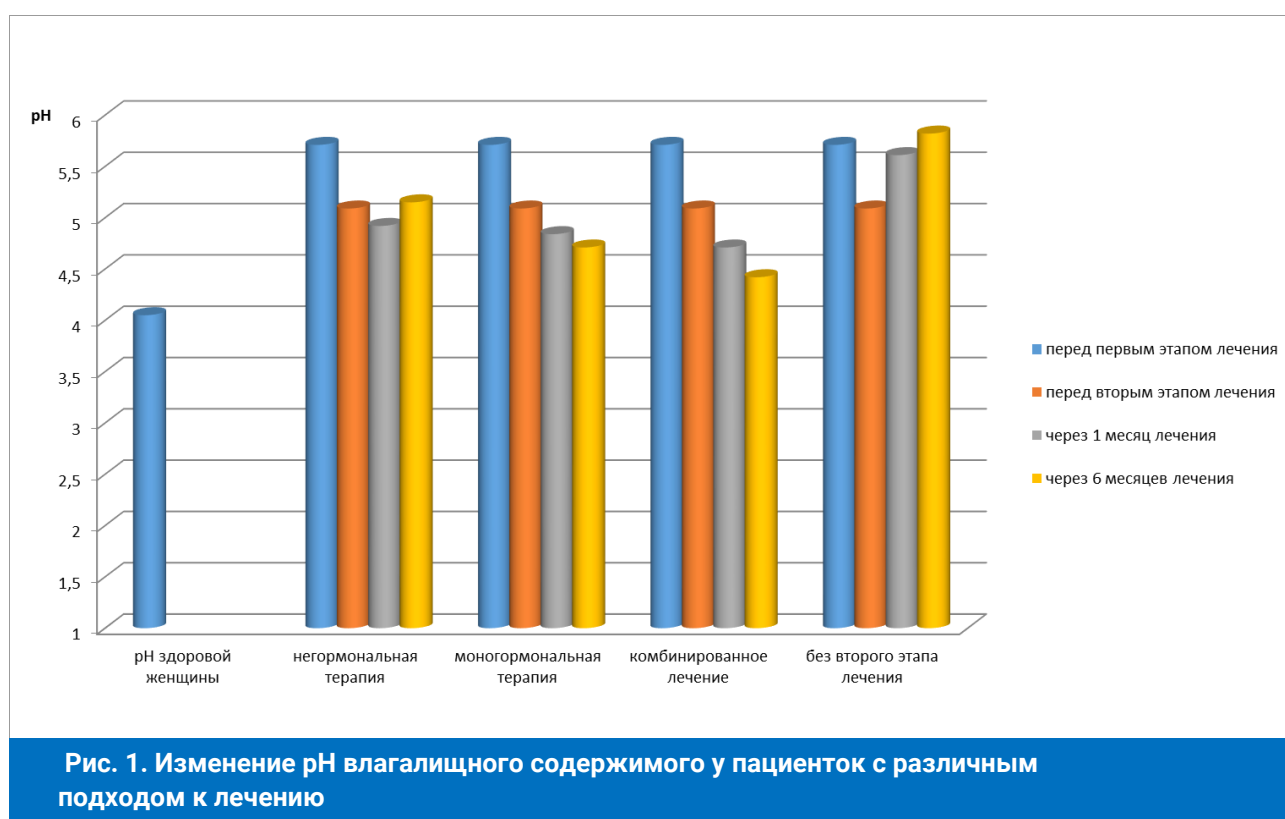
воздействием раздражителей (лубрикантов, гигиенических средств, спермицидов), применением антиэстрогенных препаратов, проведением расширенной овариэктомии или химиотерапии.

При осмотре у пациенток всех групп врачом акушером-гинекологом были выявлены признаки атрофии: сухость, бледность, истончение, кровоточивость слизистой влагалища и шейки матки, уменьшение складчатости влагалища. При кольпоскопии отмечались микротрещины, петехиальные кровоизлияния.

В качестве скринингового теста для определения степени выраженности атрофии, а также мониторинга положительного эффекта местной заместительной гормональной терапии всем пациенткам выполняли измерение pH влагалищного содержимого. У клинически здоровых женщин pH находится в пределах 3,6-4,5. У пациенток с признаками атрофических изменений во влагалище до начала лечения показатель pH повышался до 5,4 – 6,0. Нами отме-

чено, что сразу после первого этапа лечения (противовоспалительной терапии) во всех исследуемых группах pH значительно снизился и составил 4,8 – 5,0 за счет уменьшения количества патогенной и условно патогенной флоры. На втором этапе у IV группы женщин, отказавшихся от продолжения лечения, наблюдалось повышение уровня pH до исходных значений. Тогда как в первых трех группах сравнения в течение

последующего месяца pH сохранялся на уровне нормальных значений (до 5), либо значительно ниже от исходного. Через 6 месяцев после лечения в первых трех контрольных группах pH продолжал оставаться на сниженном уровне, а в группе женщин, где проводилась терапия с гормональным компонентом выражено снизился максимально до уровня 4,6-4,9 (см. рис. 1).



При цитологическом исследовании соскобов шейки матки и цервикального канала в начале наблюдения были выявлены изменения, характерные для периода постменопаузы. При частичной атрофии цитологический препарат был представлен клетками плоского эпителия промежуточного типа, при полной атрофии эпителия – в мазках преобладали клетки параба-

зальных и базальных слоев. Клетки эпителия располагались разрозненно или в скоплениях. Часто отмечались дегенеративные изменения цитоплазмы и/или ядер, цитоллиз и кариорексис, «голые» ядра разрушенных клеток, явления псевдопаракератоза, скудная флора или ее отсутствие, выраженная или умеренная лейкоцитарная реакция (см. рис. 2).

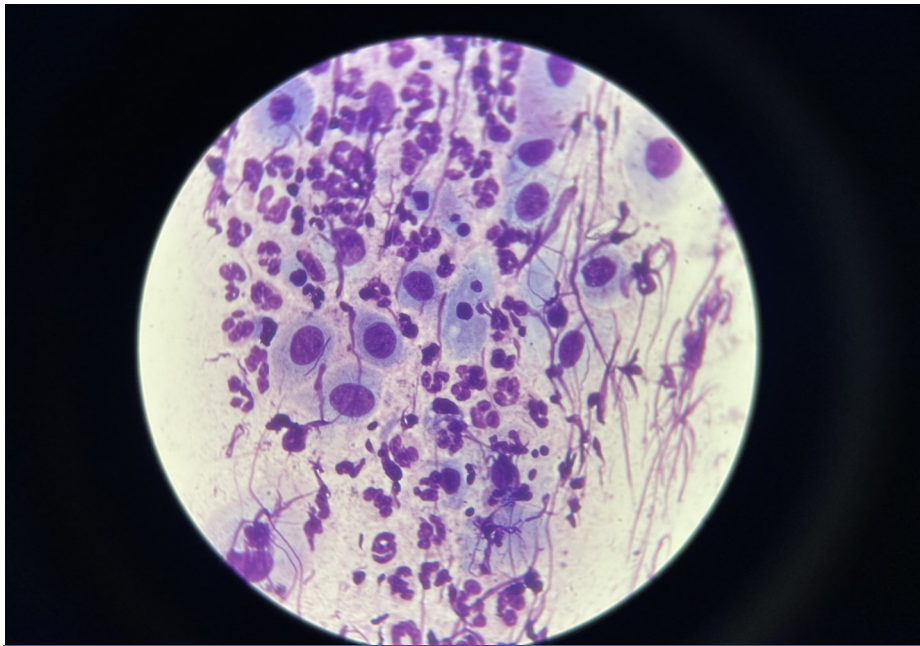


Рис. 2. Цитограмма изменений слизистой шейки матки при атрофическом кольпите

Клетки плоского эпителия промежуточного типа, разрушенные клетки в виде «голых ядер», умеренное количество лейкоцитов, скудная микрофлора. Экзоцервикс. Окрашивание по Романовскому–Гимза, $\times 1000$.

При микроскопии мазка на микрофлору до начала терапии было выявлено нарушение микробиоценоза влагалища, снижение или полное отсутствие палочек, лактобацилл, выраженная либо умеренная лейкоцитарная реакция, присутствие фибрина и слизи (см. рис. 3).

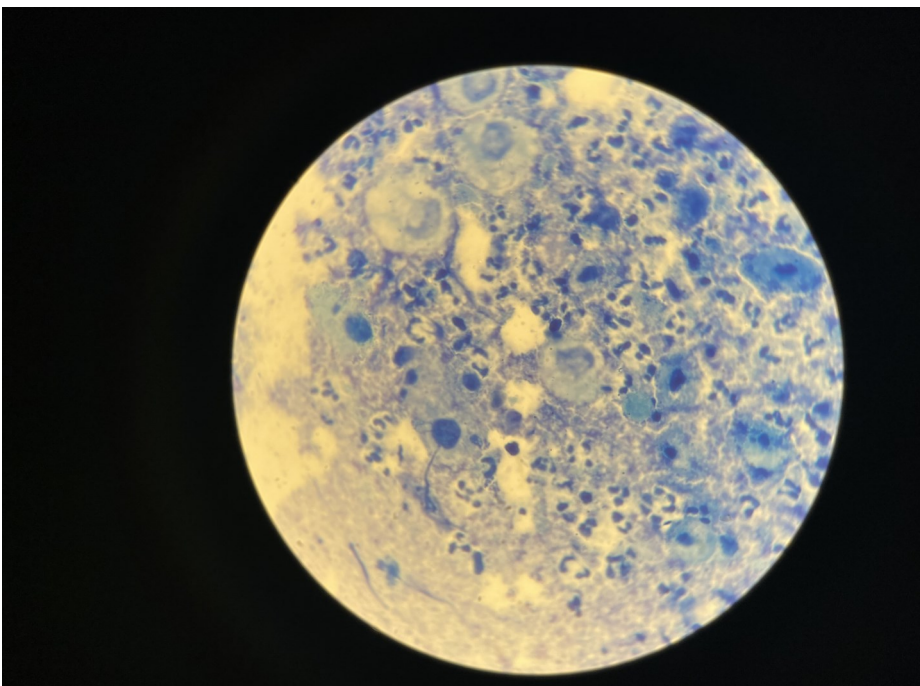


Рис. 3 Атрофический тип мазка. Умеренное число лейкоцитов, нити фибрина, слизь, отсутствие микрофлоры. Мазок из шейки матки. Окрашивание метиленовым синим, $\times 1000$.

Мазки на микрофлору были взяты в динамике: сразу после первого этапа лечения, через 1 месяц и через 6 месяцев после проводимой терапии. В конце первого этапа лечения во всех груп-

пах отмечалась положительная динамика в виде снижения лейкоцитов, появления умеренного количества палочковидной и коккобациллярной флоры (см. рис. 4).

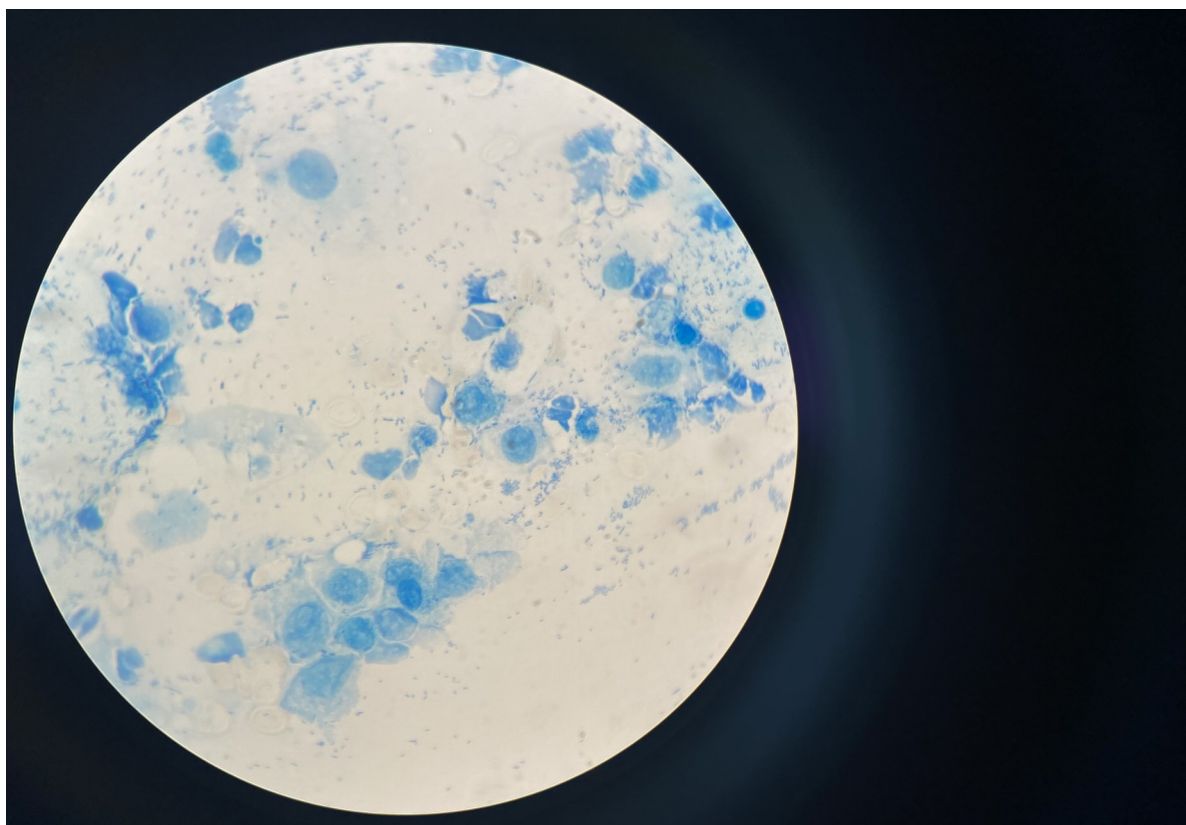


Рис. 4. Мазок на микрофлору влагалища после первого этапа лечения. Единичные лейкоциты, умеренное количество коккобациллярной флоры, единичные палочки на фоне клеток промежуточного и парабазаляльного эпителия. Окрашивание метиленовым синим, x1000

В течение последующего месяца лечения в IV группе женщин наблюдалось ухудшение клинической картины с появлением жалоб на дискомфорт во влагалище разной степени выраженности. В мазках вновь отмечалась значительная лейкоцитарная реакция. В контрольных мазках пациенток первых трех групп в динамике отмечалось отсутствие воспалительной реакции (см. рис. 5), обнаружение мелкой смешанной бактериальной микрофлоры (кокки, палочки) и нарастание титра лактобацилл.

Через 6 месяцев после начала лечения во всех четырех группах проведено контрольное цитологическое исследование препаратов шейки матки. У пациенток с проведенным лечением в два этапа наблюдалась положительная динамика, заключающаяся в снижении воспалительного компонента, а именно, уменьшении лейкоцитов, слизи. Положительный эффект был более выражен при использовании комбинированной терапии, тогда как в IV группе сохранялась выраженная лейкоцитарная реакция на фоне отсутствия микрофлоры.

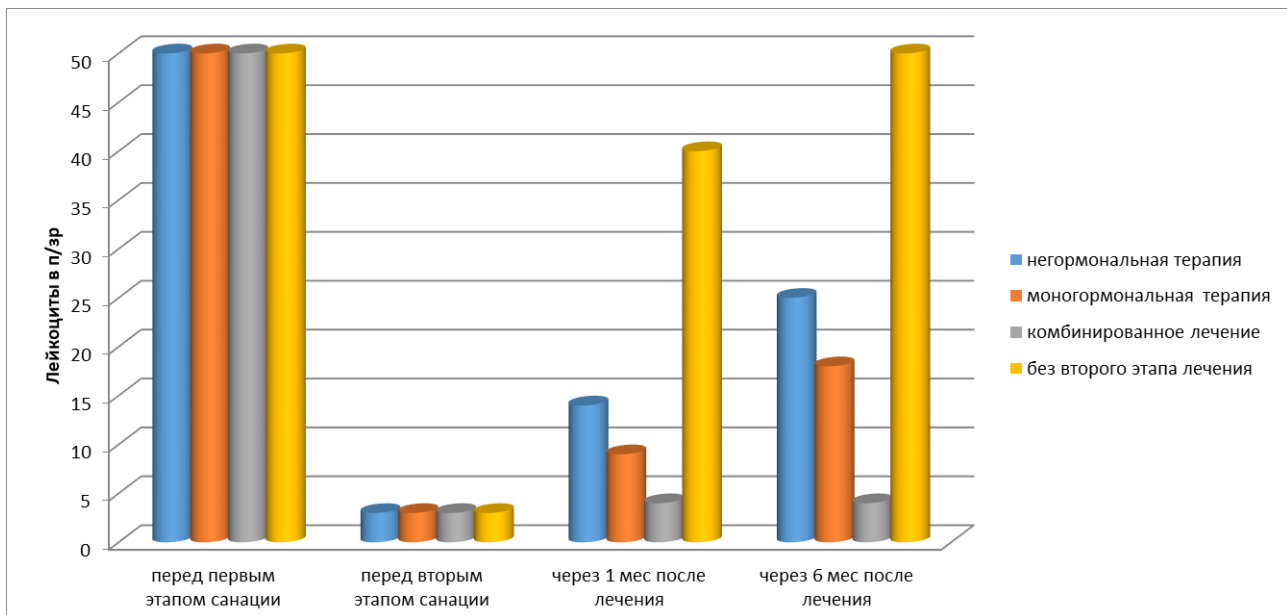


Рис. 5. Изменение количества лейкоцитов в гинекологических мазках пациенток с различным подходом к лечению

Выводы

На основании анализа этиологии, клинической картины, методов диагностики генитоуринарного синдрома, как наиболее часто встречающегося доброкачественного заболевания вульвы и влагалища в постменопаузе, нами доказана необходимость второго этапа местной терапии ГУМС как негормональными средствами, нормализующими влагалищную микрофлору, так и препаратами, содержащими эстрогены. Комплексное лечение сопровождалось ликвидацией или значительным уменьшением симптомов, улучшением качества повседневной и интимной жизни женщины.

Критериями оптимального подбора местной терапии и контроля эффективности являются результаты цитологического исследования микропрепарата шейки матки, микроскопического исследования урогенитального мазка, определение pH вагинального отделяемого и кольпоскопия.

Синергическое действие компонентов комбинированных локальных

препаратов продемонстрировало наибольшую эффективность их использования для профилактики рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, возникающих в постменопаузе на фоне атрофических изменений микрофлоры влагалища.

Литература

1. Васильева, Л.Н. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища: учебно-метод. пособие. – Минск: БМУ, 2012. – С.28.
2. Макаров, И.О., Чулкова, Е.А., Шешукова, Н.А., Макарова, И.И. Неопухолевые заболевания вульвы //Акушерство и гинекология. – 2012. – Т.6. – № 2. – С 14-17.
3. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации / Г.Т. Сухих, В.П. Сметник и соавт. – М. 2015.
4. Юренева, С.В., Ермакова, Е.И. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. // Акушерство и гинекология. – 2018. – №7. – С. 32-38.

5. Сметник, В.П. Медицина климактерия. – Ярославль: ООО «Издательство Литера», 2006. – 848 с.
6. Baber, R. J., Panay, N., and Fenton, A. 2016 IMS Recommendations on women's mid-life health and menopause hormone therapy, *Climacteric*, vol. 19, no. 2, pp. 109–150, Mar. 2016.
7. Briggs, P. Genitourinary syndrome of menopause, *Post Reprod. Heal.* vol. 26, no. 2, pp. 111–114, 2020.
8. Цитология жидкостная и традиционная при заболеваниях шейки матки. Цитологический атлас / Под ред. И.П. Шабаловой, К.Т. Касоян. 4-е издание. М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2016. – 320 с.
9. Савичева, А.М. порядок проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта: методические рекомендации для специалистов по лабораторной диагностике. – СПб.: Изд-во Н_Л, 2007. – 64 с.
10. Савичева, А.М., Башмакова, М.А., Соколовский, Е.В. Микроскопические исследования в диагностике урогенитальных инфекций. – Санкт-Петербург. – 2011.
11. Цервикальная патология по системе Бетесда: терминология, критерии и пояснения / Под ред Р. Найяр, Д. Уилбур; Пер. с англ. Под ред. Н.Ю. Полонской. – М.: Практическая медицина, 2017. – 304 с.

© Жибаркина О.В., Погосова Т.Э., Кедрова В.С.,
Винокурова Т.Ю., Григорук С.Д., Липская О.В.,
2023

DIAGNOSTICS OF GENITOURINARY MENOPAUSAL SYNDROME AND EVALUATION OF THE EFFICACY OF LOCAL COMBINATION THERAPY

**Zhibarkina O.V., Pogosova T.E., Kedrova V.S., Vinokurova T.Yu., Grigoruk S.D.,
Lipskaya O.V.**

The article is devoted to the clinic, diagnosis, prevention and effectiveness the use of local combination therapy of genitourinary menopausal syndrome in older women.

Key words: genitourinary menopausal syndrome, atrophic vaginitis, postmenopause, microscopic examination of vaginal smear, cytological examination of a micro-preparation of the cervix, diagnostics, therapy, lactobacilli estrogens, colposcopy

ТЕНОСИНОВИТ (ТЕНДОВАГИНИТ) ДЕ КЕРВЕНА

Маришин И.И.,

врач травматолог-ортопед,
врач по спортивной медицине и лечебной физической культуры
АУ ХМАО-Югры «Югорский колледж-интернат олимпийского резерва»

В статье представлены обзорные данные, отражающие эпидемиологию, этиологию, патогенез, диагностику и принципы лечения теносиновита (тендовагинита) де Кервена. Теносиновит де Кервена является одной из наиболее распространенных проблем кисти, сопровождающейся болевым синдромом.

Ключевые слова: теносиновит (тендовагинит) де Кервена, этиология, патогенез, диагностика, лечение

Введение

В 1893 году Поль Жюль Тийо обозначил симптом болезненной крепитации (фр. Aïe crépitant de Tillaux) – тендовагинит короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти. Как самостоятельное заболевание данная патология была отражена швейцарским хирургом Фриц де Кервен в 1895 году. В декабре 1894 года он лечил миссис Д., женщину 35 лет, у которой были сильные боли в мышцах-разгибателях области большого пальца кисти [1]. Тенопатия поражает отдел первого дорсального разгибательного влагалища и сухожилия мышц, проходящих в нем. Пациенты с теносиновитом де Кервена испытывают трудности с захватом и удержанием предметов, а также боли при выполнении повседневной (бытовой) деятельности, и, как правило, симптоматика локализуется у основания первого пальца кисти или с лучевой стороны запястья. Болевой синдром обычно напрямую связан с физической активностью, однако, может проявляться и в покое. Характерной чертой заболевания является усиление

боли во время движений первого пальца и кисти. В литературе этиологическим фактором развития заболевания указана перегрузка, как провоцирующий фактор, но «точная» причина на сегодняшний день не установлена.

Болевой синдром запястья и кисти – многогранное понятие. Зачастую диагностика и лечение причины проблем конкретного пациента затруднительна и вызывает много вопросов, как у врачей, так и самих пациентов. Теносиновит (тендовагинит) де Кервена, пожалуй, одна из самых частых причин боли и представляет собой тенопатию сухожилий короткого разгибателя большого пальца кисти и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти, характеризующуюся воспалительной дегенерацией данных сухожилий и синовиальных оболочек на фоне систематических перегрузок. Также встречается в литературе под названиями: болезнь прачки (англ. washerwoman's sprain), палец мобильного телефона (англ. smartphone thumb) и мамин палец (англ. mommy thumb). Целью данной статьи является отражение данных эпидемиологии, этиологии, патогене-

неза, диагностики и принципов лечения теносиновита (тендовагинита) де Кервена.

Эпидемиология

Теносиновит де Кервена является частой причиной боли в запястье у взрослых людей и является вторым по распространенности тендовагинитом, характеризующимся ущемлением сухожилий, после щелкающего пальца (англ. trigger finger). Согласно международной статистике в группу риска по развитию данной патологии входят люди среднего возраста от 30 до 50 лет, при этом наибольшая распространенность отмечается среди женщин (около 80% случаев) [2]. Необходимо отметить, что проблема часто встречается у женщин в послеродовом периоде и вся симптоматика, как правило, развивается на 4-6 неделе с момента родов, на фоне активного ухода за младенцем. Возраст старше 40 лет – еще один значительный фактор риска. Показатель заболеваемости среди данной возрастной группы населения достигает 2,0 на 1000 человека-лет, в то время как в группах скрининга младше 20 лет показатель равен 0,6 на 1000 человека-лет [3]. Возрастной фактор вероятнее всего ассоциирован с возрастными гормональными изменениями и «обеднением» микроциркуляторного русла. На сегодняшний день теносиновит де Кервена является одной из самых распространенных патологий опорно-двигательного аппарата верхних конечностей, особенно в век использования смартфонов, планшетов и портативных устройств.

Этиология и патогенез заболевания

Этиология теносиновита де Кервена изучена недостаточно. В начальном

периоде изучения заболевания причиной развития патологии считались только профессиональные и бытовые перегрузки, связанные с удержанием первого пальца кисти в положении разгибания и отведения [4]. Как правило, данная патология диагностировалась у музыкантов (особенно специализирующихся на смычковых инструментах); геймеров; поваров; молодых мам (в период ухода за ребенком); людей, занимающихся рукоделием (шитье, работа с кожей, гончарное ремесло, макраме). В современных исследованиях больше рассматриваются гормональные причины, нарушения водного баланса и анатомические особенности запястья (узкий сухожильный канал и гипертрофия костной ткани), которые являются одними из системных факторов предрасположенности к развитию теносиновита любой локализации. Однако, стоит учесть, что доказательства этих этиологических гипотез ограничены и в значительной степени основаны на наблюдениях [5].

Теносиновит де Кервена влияет на сухожилие короткого разгибателя большого пальца кисти (лат. *extensor brevis pollicis*), а также сухожилие длинной мышцы, отводящей большой палец кисти (лат. *abductor longus pollicis*) в месте, где они проходят через фиброзно-костный туннель первого дорсального отсека сухожилий, который образован шиловидным отростком лучевой кости и удерживателем сухожилий мышц-разгибателей кисти. Таким образом, связка-удерживатель прижимает сухожилия короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти, к костной основе шиловидного отростка лучевой кости. При возникновении утолщения указанных сухожилий или их синовиальных оболочек уменьшает-

ся просвет фиброзно-костного туннеля, резкие и повторяющиеся движения приводят к избыточному трению мягкотканых образований о костную основу, что в свою очередь вызывает местное воспаление и локальный отек, который усугубляет изначальный стенозирующий и болевой эффект. При микроскопическом исследовании в оболочке сухожилия выявляются воспалительные клетки, особенно на начальных стадиях заболевания. Тем не менее, оценка гистологических препаратов у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу данного заболевания, не демонстрирует какого-либо выраженного воспаления сухожилий, скорее отражает изменения по типу миксоидной (мукоидной) дегенерации – дезорганизованный коллаген и увеличение межклеточного матрикса [6]. Примерно у 10% пациентов обнаруживаются анатомические особенности в виде межсухожильных перегородок между сухожилием короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти. Отсутствие данных образований является благоприятным фактором для полного выздоровления на фоне консервативной терапии. При наличии перегородок возрастает риск необходимости оперативного лечения.

Диагностика

Диагностика теносиновита де Кервена базируется на клинической картине и симптомах, имеющих у пациента, при этом функциональное тестирование кисти является одним из важнейших критериев для установления клинического диагноза. В свою очередь инструментальные методы исследования используются чаще для дифференциальной диагностики, а не для установления диагноза, так как

имеют низкую специфичность для конкретной патологии. В качестве функциональной оценки кисти и запястья используется ряд тестов:

1. Тест Финкельштейна (назван в честь Гарри Финкельштейна, американского хирурга, который впервые описал его в 1930 году) – это клинический тест, используемый для оценки наличия теносиновита де Кервена у людей с болью в запястье. Методика выполнения (рисунок 1): исследователь обхватывает одной кистью первый палец кисти испытуемого, а второй рукой дистальную треть предплечья испытуемого и путем тракции за палец отклоняет кисть в локтевую сторону (в сторону пятого пальца кисти). Если возникает резкая боль у основания первого пальца и/или в области запястья с лучевой стороны, тест считается положительным.

2. Тест Эйхгофа (часто ошибочно называют тестом Финкельштейна) также используется для диагностики заболевания. Методика выполнения (рисунки 2, 3): испытуемому предлагается обхватить первый палец кисти другими пальцами (со второго по пятый палец), исследователь обхватывает одной рукой кисть испытуемого (при этом стараясь заблокировать своей ладонью первый палец испытуемого, чтобы во время маневра повисить его иммобилизацию), а второй рукой – дистальную треть предплечья испытуемого, и выполняет отклонение кисти в локтевую сторону (в сторону пятого пальца кисти). Если возникает резкая боль у основания первого пальца и/или в области запястья с лучевой стороны, тест считается положительным.

3. WHAT тест (тест отведения большого пальца при гиперсгибании запястья). Наиболее специфичный тест для диагностики теносиновита де Кер-



Рис. 1. Методика выполнения теста Финкельштейна

вена, который также используется для динамического контроля на этапах лечения и отражает компрессию сухожилий короткого разгибателя большого пальца кисти и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти [7]. Методика выполнения (рисунок 4): испытуемому предлагается выполнить полное ладонное сгибание в лучезапястном суставе, исследователь одной рукой удерживает положение кисти испытуемого, указательным пальцем второй

руки исследователь крючковым захватом удерживает первый палец испытуемого и просит выполнить испытуемого полное разгибание первого пальца против удерживающей силы крючкового захвата. Если возникает резкая боль у основания первого пальца и/или в области запястья с лучевой стороны, а также наблюдается невозможность выполнить движение с минимальным сопротивлением, тест считается положительным.



Рис. 2, 3. Методика выполнения теста Эйхгофа



Рис. 4. Методика выполнения WHAT теста

Функциональное тестирование кисти при болевом синдроме запястья является «золотым» стандартом диагностики патологии. Назначение инструментальных методов обследования, как правило, необходимо для исключения других патологий и используется при отягощенном анамнезе или указании на травму конечности, а также на различных этапах лечения, особенно при отсутствии положительной динамики на фоне консервативной терапии. Рентгенологические методы обследования, такие как рентгенография или мультиспиральная компьютерная томография костно-суставной системы, могут назначаться для исключения переломов первой пястной кости или костей запястья, остеомиелита, артроза мелких суставов на уровне запястья и прочих проблем [8]. Характерные изменения при теносиновите де Кервена, которые могут обнаруживаться на исследовании, но не являющиеся специфичными: очаговые или диффузные изменения в области шиловидного отростка лучевой кости или периостальная реакция той же локализации.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей запястья и кисти одно из самых распространенных инструментальных обследований, назначаемых при теносиновите де Кервена и, зачастую, имеющее диагностически значимый результат. Результаты обследования могут быть представлены следующими изменениями: отечные или утолщенные сухожилия короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы отводящей большой палец кисти на уровне шиловидного отростка лучевой кости, при сравнении с контралатеральной стороной; увеличение количества жидкости в первом дорсальном отсеке разгибателей; утолщение клетчатки и сухожильных оболочек первого дорсального отсека разгибателей; перитендинозный отек (гипоэхогенный признак по типу ореолы); констатацией наличия межсухожильных перегородок [9, 10].

Недостатки указанного инструментального метода исследования могут не отображать должной диагностической картины: результат исследования зависит от квалификации и опыта вра-

ча, проводящего исследование; отсутствие данных о специфике отека и/или скопления жидкости на уровне исследования; имеющее место наличие артефактов и помех от окружающих тканей; необходимость специального оборудования и расходных материалов. Качество исследования мелких структур зависит от класса аппарата УЗИ. УЗИ-диагностика может быть использована для проведения лечебных мероприятий с целью визуализации места постановки инъекций глюкокортикостероидных препаратов [11].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) костно-суставной системы является важным методом, особенно когда результаты УЗИ могут быть неоднозначными. МРТ способствует оценке отека и скопления жидкости, обнаружению межсухожильных перегородок и повреждений сухожилий.

Принципы лечения

Консервативная терапия напрямую зависит от степени выраженности болевого синдрома и включает в себя прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), шинирование, местное инъекционное применение глюкокортикостероидов, физическую реабилитацию. Под физической реабилитацией в литературе рассматривается комплекс мероприятий, включающих лечебную физическую культуру, массаж, локальную физиотерапию, при этом акцент ставится на упражнения и разработку пораженной конечности, так как физиотерапия имеет низкую доказательную эффективность в отношении рассматриваемой патологии.

Стандартное лечение при умеренном болевом синдроме заключается в назначении НПВП, шинировании и физической реабилитации [12, 13]. При

назначении терапии первично рекомендуется использование лекарственного препарата (ЛП) Мелоксикам в дозе 15 мг один раз в день. В случае неблагоприятной реакции на ЛП Мелоксикам или его непереносимости, препарат заменяется на Целекоксиб 200 мг/2 раза в день. Шинирование кисти проводится ортезами, позволяющими фиксировать первый палец кисти в нейтральном положении, а также иммобилизовать запястье данной кисти. Использование гипсовой и полимерной иммобилизации практически не рассматривается, из-за существенного недостатка, при котором отсутствует возможность снятия фиксирующей повязки для проведения физической реабилитации. Шинирование, как правило, назначается на период 4-5 недель с последующим постепенным отказом, в зависимости от остаточных явлений болевого синдрома.

Важным этапом консервативного лечения является физическая реабилитация, которая в ряде исследований показывает лучший результат в долгосрочной перспективе, особенно при сравнении с инъекциями глюкокортикостероидных препаратов. Адекватного результата при использовании данного метода можно добиться только при полной заинтересованности пациента и готовности к длительной ежедневной трудотерапии (6-8 недель).

С учетом цели статьи представлены наиболее часто используемые в лечебной физкультуре упражнения:

1. Подъемы большого пальца: необходимо положить руку на плоскую поверхность ладонью вверх → кончик большого пальца к основанию четвертого пальца → поднятие большого пальца от ладони необходимо проводить так, чтобы он был перпендикуля-

рен поверхности, на которой расположена кисть. В результате проведения упражнения пациент ощущает натяжение на тыльной стороне большого пальца и на ладони. В данном положении необходимо удерживать большой палец выпрямленным около 5-6 секунд и привести палец в исходное положение. Количество подъемов большого пальца – 8-12.

2. Растяжка противопоставленных пальцев: необходимо положить руку на плоскую поверхность ладонью вверх → поднять большой палец и мизинец вверх → прижать кончики большого пальца и мизинца друг к другу. В результате проведения упражнения пациент ощущает натяжение у основания большого пальца. Необходимо удерживать пальцы в данном положении 5-6 секунд. Количество приемов до 10.

3. Пассивное сгибание большого пальца: необходимо удерживать руку перед собой, как будто вы собираетесь пожать кому-то руку. Руку можно положить на стол для поддержки предметом. Пальцами другой руки (со второго по пятый) необходимо согнуть большой палец вниз у его основания, где он соединяется с ладонью. В результате проведения упражнения пациент ощущает натяжение у основания большого пальца с внутренней стороны запястья. Данное положение необходимо удерживать не менее 15-30 секунд. Количество приемов до 10.

При выраженном болевом синдроме, а также при отсутствии динамики на фоне стандартной терапии, назначаются инъекции глюкокортикостероидов [12]. Для проведения процедуры используется ЛП Лидокаин 1%-1 мл и 1 мл ЛП Бетаметазон, которые вводятся в область основания большого пальца вдоль сухожилий первого дорсального

отсека разгибателей. Проведение процедуры под УЗИ-контролем позволяет достигнуть лучших результатов с меньшим числом возможных осложнений [14]. Развитие «скорого» эффекта от данной методики не является конечным результатом лечения, так как однократное проведение блокады, без базовых методов лечения, часто приводит к рецидивам в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Сочетание инъекций глюкокортикостероидов с последующим шинированием кисти приводит к лучшему результату в долгосрочной перспективе [15]. В свою очередь физическая реабилитация также рекомендуется после купирования выраженной болевой симптоматики. Хирургическое лечение показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения, при учете 2-х и более проведенных инъекций глюкокортикостероидов, или наличия межсухожильных перегородок между сухожилием короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти, выявленных по результатам УЗИ или МРТ диагностики.

Заключение и выводы

Теносиновит де Кервена является одной из наиболее распространенных проблем кисти, сопровождающейся болевым синдромом, особенно на фоне специфической трудовой деятельности. Диагностика патологии осуществляется по констатации типичной клинической симптоматики, данных функционального тестирования кисти (предпочтительна методика WHAT тестирования), инструментального обследования (УЗИ, МРТ). Поэтапное консервативное лечение позволяет достичь запланированного результата, однако может быть сопряжено с длительным восстановительным периодом.

Литература

1. De Quervain, F. Über eine Form von chronischer Tendovaginitis. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Basel; 1895; 389-394
2. Anderson, BC. Office Orthopedics for Primary Care: Diagnosis and Treatment. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999
3. Wolf, JM, Sturdivant, RX, Owens, BD. Incidence of de Quervain's tenosynovitis in a young, active population. The Journal of Hand Surgery. 2009; 112
4. Stahl, S, Vida, D, Meisner, C, Stahl, AS, Schaller, HE, Held, M. Work related etiology of de Quervain's tenosynovitis: A case-control study with prospectively collected data. BMC Musculoskeletal Disorders. 2015; 126
5. Stahl, S, Vida, D, Meisner, C, Lotter, O, Rothenberger, J, Schaller, HE, et al. Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: A critical appraisal of its recognition as an occupational disease. Plastic and Reconstructive Surgery. 2013; 1479-1491
6. Clarke, MT, Lyall, HA, Grant, JW, Matthewson, MH. The histopathology of de Quervain's disease. The Journal of Hand Surgery: British and European. 1998; 732
7. Goubau, JF, Goubau, L, Van Tongel, A, Van Hoonacker, P, Kerckhove, D, Berghs, B. The wrist hyperflexion and abduction of the thumb (WHAT) test: A more specific and sensitive test to diagnose de Quervain tenosynovitis than the Eichhoff's test. The Journal of Hand Surgery, European Volume. 2014; 286-292. DOI: 10.1177/1753193412475043. Epub 2013 Jan 22
8. Lungu, E, Dixon, A, et al. De Quervain tenosynovitis. Radiopaedia. Available from: <https://radiopaedia.org/articles/de-quervain-tenosynovitis> [Accessed: September 2018]
9. Turkey, R, Inci, E, Aydeniz, B, Vural, M. Shear wave elastography findings of de Quervain tenosynovitis. European Journal of Radiology. 2017; 192-196
10. Lee, KH, Kang, CN, Lee, BG, Jung, WS, Kim, DY, Lee, CH. Ultrasonographic evaluation of the first extensor compartment of the wrist in de Quervain's disease. Journal of Orthopaedic Science. 2014; 49-54
11. De Keating-Hart, E, Touchais, S, Kerjean, Y, Ardouin, L, Le Goff, B. Presence of an intra-compartmental septum detected by ultrasound is associated with the failure of ultrasound-guided steroid injection in de Quervain's syndrome. The Journal of Hand Surgery, European Volume. 2016; 212-219
12. Ilyas, A, Ast, M, Schaffer, A, Thoder, J (2007) de Quervain tenosynovitis of the Wrist. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 15(12): 757-764.
13. Courtney, Dawson, Chaitanya, S Mudgal (2010) Staged Description of the Finkelstein Test. The Journal of Hand Surgery 35 (9): 1513-1515.
14. Lapègue, F, André, A, Pasquier Bernachot, E, Akakpo, EJ, Laumonerie, P, Chiavassa-Gandois, H, et al. US-guided percutaneous release of the first extensor tendon compartment using a 21-gauge needle in de Quervain's disease: A prospective study of 35
15. Huisstede, BM, Gladdines, S, Randsdorp, MS, Koes, BW. Effectiveness of conservative, surgical, and postsurgical interventions for trigger finger, Dupuytren disease, and De Quervain disease: A systematic review. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2018; 1635-1649

© Маришин И.И., 2023

DE QUERVAIN'S TENOSYNOVITIS

Marishin I.I.

The article presents overview data reflecting epidemiology, etiology, pathogenesis, diagnosis and principles of treatment of tenosynovitis (tendovaginitis) de Quervain. De Quervain's tenosynovitis, which is one of the most common problems of the hand, accompanied by pain syndrome.

Key words: de Quervain's tenosynovitis (tendovaginitis), etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment

ЭКСТРЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ/СОСТОЯНИЕ ПРИ КОМОРБИДНОМ ФОНЕ С ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ – ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ α -PVP

Яцинюк Б.Б.,

к.м.н., доцент, профессор РАЕ, Департамент здравоохранения ХМАО-Югры,
главный внештатный токсиколог Депздрава Югры,
врач-анестезиолог-реаниматолог отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» г. Ханты-Мансийск

Гавриков П.П.,

врач-судебно-медицинский эксперт Ханты-Мансийского межрайонного отделения
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Жидков В.А.,

врач-анестезиолог-реаниматолог, заведующий отделением палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Косарев А.Н.,

к.м.н., врач-анестезиолог-реаниматолог отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Барац Е.А.,

врач-анестезиолог-реаниматолог отделения палат реанимации и интенсивной терапии
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Шейкин Ю.А.,

обучающийся лечебного факультета
БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

В исследовании отражены пути поступления, токсикодинамика, токсикокинетика, механизм развития клинических проявлений острого отравления α -PVP. Анализ одного клинического случая показал значимость поступившего пускового фактора (α -PVP) при значимых патологических изменений коморбидного фона, определившего нежелательный исход экстренного состояния.

Ключевые слова: токсикология, наркотические средства, производные пировалерона, клинические симптомы

Введение

В течение последних десяти лет произошло изменение содержания наркотических средств и психотропных веществ на нелегальном рынке [1]. В настоящее время синтетические катионы с сленговыми названиями – «соли для ванн», «удобрение», имеют большую популярность у лиц, пытающихся изменить свое сознание, и распространяются, как правило, под видом веществ предназначенных «Не для потребления человеком». На различных территориях Российской Федера-

ции количество отравлений в различных группах не одинаково [2,3]. По данным Государственного антинаркотического комитета [4], в 2022 году в России число пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, зарегистрированных наркологической службой страны, составило 391,7 тыс. (+0,8%; 2021 г. – 388,4 тыс.). Из них 229,7 тыс. – пациенты с диагнозом «синдром зависимости» (+1%; 2021 г. – 227,4 тыс.), 161,9 тыс. – пациенты с диагнозом «пагубное употребле-

ние» (+0,6%; 2021 г. – 161,0 тыс.). Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом «синдром зависимости» составило 14,0 тыс. (+0,5%; 2021 г. – 13,9 тыс.), с диагнозом «пагубное употребление» – 21,7 тыс. (-10%; 2021 г. – 24,1 тыс.). В 2022 г. зарегистрировано 22,0 тыс. случая острых отравлений наркотическими веществами и психодислептиками (галлюциногенами) (+3,6%; 2021 г. – 21,2 тыс.), в том числе среди несовершеннолетних – 422 случая отравлений наркотическими веществами (-24,4%, 2021 г. – 558) [4].

Патогенез развития и течения острых отравлений наркотическими средствами и психотропными веществами уточняется и изучается по мере появления новых веществ на рынке [5,6], а для некоторых разработана специфическая фармакотерапия [7,8,9]. Острые отравления из группы веществ, относящихся к производным пировалерона (α -PVP, 3,4-MDPV, α -PBP, α -PPP, α -PHP, α -PHPP, α -POP) стали встречаться более часто в нозологической группе T40.9 [10,11,12], для которой наиболее часто встречается тяжелое течение и нежелательные исходы [11,12]. Патогенетические механизмы развития функциональных недостаточностей систем при остром отравлении синтетическими катинонами, в том числе и пировалерон-подобным типом веществ, изучены недостаточно и отмечается широкий спектр симптомов [11,12,13,14,15]. Уточнение отдельных механизмов развития тяжелого отравления является важной как научной, так и клинической задачей токсикологов, которая позволит повысить качество оказания токсикологической помощи [16] и избежать осложнений.

Исходя из вышеизложенного, **целью** работы явилась оценка патогене-

за развития функциональных нарушений при остром отравлении α -PVP тяжелой степени и коморбидном фоне, определивших исход заболевания/состояния. Цель исследования определила **задачи**: 1. отразить пути поступления, токсикодинамику и токсикокинетику, патогенез развития клинических проявлений при остром отравлении α -PVP; 2. представить динамику клинических проявлений одного клинического случая экстренного заболевания/состояния, пусковым фактором которого послужило внутривенное введение α -PVP на фоне патологических изменений в органах и системах организма; 3. оценить комплекс имеющихся заболеваний/состояний у пациентки и причины развития нежелательного исхода.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ течения одного клинического случая острого отравления α -PVP тяжелой степени у пациента, поступившего в медицинскую организацию (МО) округа. Оценка тяжести отравления и динамики клинических проявлений проведена в соответствии с утвержденными Ассоциацией клинических токсикологов клиническими рекомендациями [8,11,12]. Коморбидный статус пациента оценивался в соответствии с КР [17,18,19]. Диагноз и тяжесть состояния пациента установлены согласно МКБ 10 пересмотра [10]. Анализировались данные анамнеза, клинических проявлений и морфологических изменений с учетом токсикодинамики и токсикокинетики α -PVP в организме. Оценка качества – своевременности оказания медицинской помощи, диагностики, лечения в исследовании, была проведена на основании ФЗ-323 и приказов Минздрава РФ [20,21,22]. Химикотоксикологическая диагностика прове-

дена с использованием газового хромато-масс-спектрометра Маэстро-αМС, (газовый хроматограф Agilent Technologies GC System 7890A, детектор масс спектрометр VL MSD with Triple-Axis Detector 5975C; газовый хроматограф Agilent Technologies GC System 7820A; детектор масс спектрометр Series MSD 5975) с программным обеспечением «Маэстро» [23].

В динамике изменения клинических проявлениях представлены: 1. показатели гемодинамики и дыхания: частота дыхательных движений (ЧДД, в мин), насыщение крови кислородом (SpO_2 , %), артериальное давление (АД, мм рт.ст.), частота сердечных сокращений (ЧСС, в мин); нарушение функций центральной нервной системы оценивались по шкале возбуждения-седации Ричмонда [24,25]; 2. показатели лабораторных исследований: общий анализ крови – эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, Hb – 68 г/л, лейкоциты – $2,3 \times 10^9/л$, тромбоциты – $44 \times 10^9/л$; биохимические показатели крови и коагулограммы – уровень глюкозы (ммоль/л), общий белок (г/л); показатели коагулограммы – протромбиновое время (ПВ, секунд), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ, секунд), тромбиновое время (ТТ, секунд), фибриноген (Fbs, г/л); креатинфосфокиназа (СК, международные единицы на литр, IU/L), креатинфосфокиназа-MB (СК-MB, IU/L); лактатдегидрогеназа (LDH, U/L), общего белка и альбумина (г/л), общего билирубина (мкмоль/л), С-реактивного белка (СРБ, мг/л); калия (ммоль/л), водородного показателя (pH), напряжения кислорода (mmHg).

Для подготовки материала были использованы базы данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), поисковой системы по полным текстам научных публикаций Google

Scholar, Pubmed и нормативно-правовые документы за последние 20 лет.

Результаты исследования

Пути поступления, токсикодинамика и токсикокинетика, патогенез развития клинических проявлений острого отравления α-PVP – синтетического психостимулятора относящегося к группе катинонов (наркотическое вещество, 1-фенил-2-пирролидин-1-ил-пентан-1-он, α-пирролидиновалерофенон). Анализ литературных источников и клинических рекомендаций [5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,26] показал, что основными способами приема α-PVP являются оральный, внутривенный и интраназальный, которые используются с целью достижения в короткие сроки максимального наркотического эффекта, а сочетанность путей введения позволяет пролонгировать желаемые эффекты. Используется интраназальный, пероральный, парентеральный и ректальный путь введения различных кустарных наркотических форм (капсул, таблеток, кристаллического порошка, жидкостей для электронных сигарет, блоттеров/«промокашка», жевательных резинок, смолистых жидкостей) [7,13,14,15,26].

Токсикодинамика и кинетика

α-PVP является стимулятором центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. При поступлении в организм α-PVP повышает внеклеточное содержание уровня моноаминов в головном мозге, благодаря селективному ингибированию обратного захвата дофамина и норадреналина, которое возникает в результате ингибирования механизмов транспортера дофамина и норэпинефрина [12]. Необходимо отметить, что α-PVP имеет высокое срод-

ство к переносчику (белок; натрий-зависимый транспортер дофамина; переносчик дофамина из синаптической щели в цитозоль) дофамина – влияние на D₁-дофаминовые рецепторы, чем и обуславливает активацию моторной активности, которая отмечается в клинической симптоматике [12] и определяет симптомы острого отравления. Наиболее быстрый клинический эффект возникает при ингаляционном употреблении, это обусловлено большой поверхностью, на которую оседает вещество, а возникающая резорбция через слизистую и липофильность вещества обуславливает его проникновение через гематоэнцефалический барьер и влияние на нейромедиаторы. Степень воздействия на механизмы обратного захвата дофамина (норадреналина и серотонина), веществ, относящихся к группе/классу фенилалкиламинов, многие исследователи представляют в следующей последовательности: MDPV → α-PVP → α-PBP → α-PPP [13,14,15], что и определяет течение острого отравления по времени и выраженности клинических проявлений экстренного состояния. Как отмечает ряд авторов [12,13,14,15], синтетические катиноны подвергаются различным путям метаболизма, что может сопровождаться отрицательными результатами при химико-токсикологической диагностике. α-PVP и его метаболиты экскретируются с мочой [12,26].

Клиника острого отравления

Клиническая симптоматика влияния α-PVP возникает через 10 мин после употребления однократной дозы, которая может варьировать в пределах от 15 до 300 мг и продолжаться до нескольких часов [12,26]. Однако пролонгированные клинические проявления

(галлюцинации, мидриаз, гипертензия и тахикардия) могут наблюдаться в течение суток [27]. При ингаляционном введении (парение вещества), как правило, употребление в дозах около 400 мг, возникают более значимые клинические симптомы – гипертензия, тахикардия, непроизвольные движения конечностей, судорожный приступ, гиперкалиемия, гипонатриемия, ацидоз, отек легких.

Анализ представленных в списке литературных источников позволяет выделить ведущие симптомы острого отравления и распределить их на группы по нарушениям функций органов и систем. Влияние на центральную нервную систему сопровождается повышением двигательной активности, стереотипными движениями, атаксией, гипомимией, тревожностью, эйфорией, агитацией, тревогой, мидриазом, тремором, судорожными приступами, когнитивными нарушениями – дезориентацией во времени и месте, «madness» attack, зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации, делирий, гипертермия (различное сочетание данных проявлений). На начальном этапе влияния α-PVP наблюдается изменение активного перемещения в пространстве (локомоция) проявляющееся: круговыми движениями, выпрямлением и изменением положения тела, гиперактивностью, стереотипными покачиваниями головой и стереотипными круговыми кружениями головы. Имеют место – изменения бдительности, приятная спешка, ощущение ускорения, повышенное восприятие музыки. Возможны изменения болевой чувствительности и гипертермия [12,13,14,15,26,27,28,29,30].

Ответная реакция на токсикант со стороны сердечно-сосудистой системы проявляется тахикардией (предсердной, пароксизмальной) и ги-

пертензией; развивается миокардит, сердечная недостаточность (кардиогенный и некардиогенный отек легких). Наблюдается гастроинтестинальный синдром, цитолитический синдром (печеночная недостаточность; жировая дистрофия печени с переходом в фиброз при сочетанном употреблении с алкоголем). Выявляются нарушения: гипергидроз, сухость слизистых оболочек, гипонатриемия, гипо- и гиперкалиемия, повышение уровня в сыворотке крови креатинина и креатининкиназы, метаболический ацидоз, миоглобинемия, миоглобинурия – токсический рабдомиолиз [12,27]. В анализируемых литературных источниках мы не встретили развития тяжелой гипогликемии при остром отравлении α-PVP.

Динамика клинических проявлений у пациентки – клинический случай.

Одним из определяющих в проведении мероприятий дифференциальной диагностики при поступлении пациента с предполагаемым острым отравлением или токсическим действием ксенобиотика, которое сопровождается нарушением уровня сознания до комы (глубокого оглушения и сопора), является уточнение анамнестических данных [8,11,12,26]. Из анамнеза (со слов отца): пациентка длительно употребляет различные наркотические средства и психотропные вещества, уточнить которые у родственника не представлялось возможным. Важным в оценке состояния является временной фактор развития экстренного состояния. Отец вернувшись домой 19.12.2019, увидел дочь, лежащую на полу без сознания. Отец утверждает, что за 30 мин до этого она была без признаков нарушений каких-либо функций. Специалист бригады скорой медицинской помощи (СМП) провел общий осмотр пациентки. При

общем и физикальном осмотре выявлено: уровень сознания оглушение, ЧДД 26 в мин, артериальное давление (АД) 120/80 мм рт. ст., тахикардия до 110 в мин, SpO₂ – 97%, наблюдается кровотечение из полости носа (кровопотеря около 100 мл). На этапе СМП внутривенно введено гемостатическое средство – лекарственный препарат ЛП Этамзилат 125 мг (1 мл), проведена передняя тампонада полости носа. Было выяснено, что в течение последних 5 дней употребляла наркотики внутривенно.

Проведена маршрутизация в психоневрологическую больницу и после осмотра врача-нарколога принято решение о необходимости осмотра врача-отоларинголога, (многопрофильный стационар) в виду продолжающегося кровотечения из полости носа. В компьютерной базе МО была получена дополнительная информация о пациентке – последняя госпитализация 03.12.2019 г.; проводилось лечение в период 07.2019 г. клинический диагноз: Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции (B20). Стадия 4Б, фаза прогрессирования без АРТ (от 09.06.2018 CD4 162 кл/мл, РНК ВИЧ 172 000 копий/мл). Внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония у лиц с иммунодепрессией, тяжелое течение; госпитализация 02.04.2019-08.05.19 с установленным клиническим диагнозом: Основной: Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций, стадия 4Б, прогрессирование без АРТ (CD4 – 228 кл/мкл от 04.2019) (B20.7). Осложнение основного: Внегоспитальная рецидивирующая бактериальная двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, тяжелое течение. ДН 0 (J15.9). Сопутствующий: Хроническая воспалительная болезнь матки, вне обостре-

ния. Рубец на матке после кесарева сечения в 2012 и 2015 гг. Хронический вульвовагинит. Вторичная аменорея. Выписана с улучшением с рекомендациями – динамическое наблюдение у врача-инфекциониста Центра СПИД. Рекомендации по антиретровирусной терапии не выполняла, лекарственные препараты не принимала.

При поступлении в многопрофильный стационар у пациентки отмечено развитие психомоторного возбуждения (судорожный приступ), с последующим развитием респираторной недостаточности (установлен диагноз: Острая респираторная недостаточность (J96.0). В связи с продолжающимся выраженным кровотечением и психомоторным возбуждением, при поступлении, в приемном отделении была осмотрена: врачом-анестезиологом-реаниматологом, врачом-отоларингологом. Тяжесть состояния пациентки требовала проведения интенсивной терапии в условиях отделения анестезиологии-реанимации. Учитывая клинические проявления заболевания/состояния (уровень нарушения сознания сопор, ЧДД – 30 в мин, АД – 100/60 мм рт. ст., тахикардия до 120 в мин, SpO₂ – 93%), произведена интубация трахеи с переводом на искусственную вентиляцию легких. Проведена R-графия грудной клетки, заключение: Рентгенологические признаки двусторонней полисегментарной пневмонии. Исключена внутричерепная гематома и переломы костей черепа. Отмечена стабилизация состояния, однако через 12 часов возникли гемодинамические нарушения потребовавшие принять решение назначения вазопрессорной поддержки: назначена опция – ЛП Норадrenalин 3-5 мкг/кг/ч. Учитывая изменение гемодинамического статуса в план обследования внесено дополнение – провести инстру-

ментальное исследование, направленное на исследование морфологических и функциональных изменений сердца и его клапанного аппарата (эхокардиография, метод УЗИ). Заключение: Сократительная и насосная функция левого желудочка не снижена. Органическое поражение порталных створок без нарушения гемодинамики. Дисфункция митрального клапана и трикуспидального клапана, недостаточность не значительная. Врожденный порок сердца. Открытый артериальный проток. Признаки систолической перегрузки правого желудочка. Выпот в перикарде. Перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (I32.0) [19].

Комплекс заболеваний/состояний у пациентки и причины развития нежелательного исхода. В динамике – состояние крайне тяжелое обусловлено развитием полиорганной недостаточности возникшей на фоне острого отравления α-PVP, болезней, возникших на фоне ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции (B20), наличием внегоспитальной двусторонней полисегментарной пневмония у лица с иммунодепрессией, с тяжелым течением (J15.9), перикардита при бактериальных болезнях (I32.0), дисфункцией митрального клапана и трикуспидального клапана: другие неревматические поражения митрального клапана (I34.8), другие болезни трехстворчатого клапана (I07.8); развитием острой респираторной недостаточности (J96.0); энцефалопатии смешенного генеза (токсическая, гипоксическая дисциркуляторная (G92), в том числе энцефалопатии на фоне гипогликемической комы – гипогликемия 0,25 ммоль/л (другие формы гипогликемии – E16.1), связанной с острой интоксикацией –

состоянием, вызванным применением психоактивного вещества, проявляющегося в нарушении сознания, других психофизиологических функций и реакций центральной нервной системы (F19.0) на фоне длительного употребления психоактивных веществ; кровотечением на фоне хронической анемии с развитием тяжелой постгеморрагической анемии (эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, Hb – 68 г/л); лейкоциты – $2,3 \times 10^9/л$, тромбоциты – $44 \times 10^9/л$; печеночной недостаточностью (печень увеличена +7-8 см из под края реберной дуги, синдром цитолиза (повышение цитозольных ферментов – ALT и AST до 460 U/L и 613 U/L соответственно, LDH – лактатдегидрогеназа до 851 U/L, гипопроteinемия (общего белок – 50 г/л; альбумин – 28 г/л), гипербилирубинемия (уровень общего билирубина – 104,8 мкмоль/л); острым почечным повреждением (креатинин – 418,0 мкмоль/л; мочевины – 16,7 ммоль/л), ренального и прerenального генеза; СК – 2506 IU/L, СК-MB – 316,4 IU/L, повышение СРБ – 133,24 мг/л.

У пациентки отмечались выраженные водно-электролитные и кислотно-щелочные нарушения: гиперкалиемия – 7,18 и 7,39 ммоль/л, водородный показатель (pH) – 7,31, парциальное напряжение кислорода артериальной крови снижено до 54 mmHg; ДВС-синдромом – увеличение ПВ и АЧТВ до 24 сек и 46 сек, удлинение тромбинового времени до 30 сек и снижение Fbs до 1,2 г/л. Своевременность оценки тяжести состояния острого отравления и коморбидного фона пострадавшей складывалось из данных, изложенных в КР по острым отравлениям и заболеваниям/состояниям [11,12]. При химикотоксикологической диагностике определен α -PVP в моче.

Причины летальных исходов при острых отравлениях α -PVP. В случае наступления летальных исходов с подтвержденной причиной употребления α -PVP [11,12,26,27,31,32,33,34,35] в биологических посмертных образцах крови α -PVP обнаруживается в концентрациях – 0,52 мг/л, 77 - 185 - 317 - 364 - 486 - 654 - 732 – 901 – 8794 нг/мл; в моче – 5,3, 11,2 и мкг/мл. Причинами смерти наркозависимых являются – первичный кардиотоксический эффект, сопровождающийся нарушением ритма и проводимости сердца, сократительной функции миокарда; острое кровоизлияние в ткань мозга; развитие острого почечного повреждения и печеночной недостаточности, полиорганная недостаточность [11,12,26,27,31,32,33,34,35]. В данном клиническом случае, учитывая перечисленные нарушения/изменения функций в системах организма нежелательный исход обусловлен их недостаточностью при наличии пускового фактора – внутривенного введения α -PVP.

Обсуждение

Настоящее исследование продолжает серию публикаций авторов, которая отражает экстренные состояния, возникающие при употреблении наркотических средств и психотропных веществ [36,37]. С учетом представленных данных отмечено, что в последнее десятилетие значительно увеличилась комбинация экзогенных веществ, вводимых различными путями, лицами имеющих зависимость, что приводит к быстрому развитию недостаточности функций органов и систем организма, причиной которых являются brutальные изменения морфологии, а другие авторы отмечают, что результаты вскрытия ничем не примечательны [27,28,29,30,38]. В 2010 г. вещества, об-

наруженные в «курительных смесях» и «солях» были внесены в перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в РФ [39]. По данным исследователей [40,41], при проведении судебно-наркологических экспертиз в более чем половине случаев (55,6%) определяется α -PVP.

Клинические проявления острого отравления α -PVP и другими наркотиками и психодислептиками, другими веществами и лекарственными препаратами разработаны специалистами Ассоциации клинических токсикологов и представлены на сайте Ассоциации [11,12]. Пути поступления α -PVP в организм отражены в публикациях [5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,26], однако необходимо отметить, что сочетание путей введения позволяет пролонгировать эффекты, тем самым удлиняя клиническую симптоматику ожидаемого наркотического эффекта и пролонгировать течение острого отравления [27,30,31]. α -PVP при поступлении в организм влияет на различные системы организма и нарушает их функции, что проявляется разнообразной клинической симптоматикой, продолжительность которой определяется своевременным оказанием экстренной медицинской помощи и восполнением утраченных функций, детоксикационной терапией. Имеющиеся морфологические нарушения в органах и системах организма, возникающие на фоне длительного употребления экзогенных веществ (центральной нервной системы, миокарда, органов детоксикации), во многом определяют исход заболевания и выживаемость [26,27,28,29,31].

Представленные клинические данные (их динамика) у пациентки показывает значимость коморбидного фона,

во многом определившего быстроту развития полиорганной недостаточности и исход. Под коморбидным фоном понимают заболевания, при которых у пациента одновременно развиваются несколько патологий, оказывающих усиливающее воздействие друг на друга, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени. В данном клиническом случае имеющий место коморбидный фон (внутренние, эндогенные нарушения) является тяжелым, а в динамике экстренного состояния (поступление внешнего, экзогенного фактора) крайне тяжелым, определившим замкнутый, порочный круг, не позволяющий при использовании многокомпонентной интенсивной терапии восполнить утраченные функции.

Выводы

Путь/пути поступления, детоксикационные возможности организма у лиц длительно употребляющих экзогенные вещества определяют динамику клинических проявлений. Анализ динамики клинических проявлений в представленном клиническом случае показал значимость экстренного заболевания/состояния – внутривенное введение α -PVP на фоне значимых патологических изменений, которые и предопределили нежелательный исход.

Литература

1. Доклад глобальной комиссии по наркополитике за 2020 год «Обеспечение соблюдения законов о наркотиках». «Смещение акцента в сторону элиты организованной преступности» 52 с. [Электронный ресурс: http://правовая-наркология.рф/images/documents/megd_doc/2020_doclad_globalnoy_komissii_po_voprosam_narcopolitiki.pdf Дата обращения 10.08.2023].

2. Остапенко, Ю.Н., Ковалев, А.В., Гасимова, З.М., Зайковский, В.В. Токсикологическая помощь населению Российской Федерации: состояние и проблемы // Токсикологический вестник. – 2014. – № 3. – С. 2-8.
3. Остапенко, Ю.Н., Литвинов, Н.Н., Рожков, П.Г., Гасимова, З.М., Батунова, И.И. Современное состояние эпидемиологии острых химических отравлений и токсикологической помощи населению. // Токсикологический вестник. – 2010. – № 3. – С. 34-37.
4. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2022 году. Государственный антинаркотический комитет. Москва 2023 г. [Электронный ресурс: <https://media.mvd.ru/files/embed/4905796> Дата обращения 10.08.2023].
5. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction 12.03.2020. Perspectives on Drugs. Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study [Электронный ресурс: http://правовая-наркология.рф/images/documents/megd_doc/2020_2013_pristalnyi_vzglyd_na_narcotiki.pdf Дата обращения 12.02.2023]
6. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction 10.10.2019. Perspectives on Drugs. The EU drugs strategy: a model for common action [Электронный ресурс: http://правовая-наркология.рф/images/documents/megd_doc/2020_2013_pristalnyi_vzglyd_na_narcotiki.pdf Дата обращения 12.02.2023].
7. Элленхорн, М.Д. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека Т2 – М.: Медицина, 2003. – 1044 с.
8. Лужников, Е.А., ред. Национальное руководство. Медицинская токсикология. – М.: Медицина, 2014. – 928 с.
9. Хоффман, Р., Нельсон, Л., Хауланд, М.Э., Льюин, Н., Фломенбаум, Н., Голдфранк, Л. Экстренная медицинская помощь при отравлениях. – М.: Практика, 2010. – 1440 с.
10. Международная классификация болезней. 10-ый пересмотр (с изменениями и дополнениями, опубликованными ВОЗ в 1996-2019 гг.). [Электронный ресурс: <https://mkб-10.com>].
11. Клинические рекомендации. Отравление наркотиками и психодислептиками Утверждены Ассоциацией клинических токсикологов 2018. – 40 с.
12. Клинические рекомендации. Отравление другими наркотиками и неутонченными психодислептиками (галлюциногенами) Утверждены Ассоциацией клинических токсикологов 2021. – 45 с.
13. Patel, N., Ford, L., Jones, R., Bradberry, S.M., Vale, J.A. Poisoning to α -pyrrolidinovalerophenone (α -PVP), a synthetic cathinone // Clinical Toxicology 2017; 55(2):159-160.
14. Umebachi, R., Aoki, H., Sugita, M., Taira, T., Wakai, S., Saito, T., Inokuchi, S. Clinical characteristics of α -pyrrolidinovalerophenone (α -PVP) poisoning // Clinical Toxicology 2016; 54(7):563-567.
15. Beck, O., Franzén, L., Bäckberg, M., Signell, P., Helander, A. Toxicity evaluation of α -pyrrolidinovalerophenone (α -PVP): results from intoxication cases within the STRIDA project. // Clinical Toxicology 2016; 54(7):568-575.
16. Яцинюк, Б.Б., Гавриков, П.П., Жидков, В.А., Барац, Е.А., Волкова, Н.А. Обоснование установления первичного и клинического диагноза в группе заболеваний – острое отравление психотропным средством // Научный медицинский вестник Югры. – 2020. – № 4 (26). – С. 10-15.
17. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция у взрослых. Утверждены Министерством здравоохранения РФ, 2020 г.
18. Методические рекомендации. Периоперационное ведение пациентов с дыхательной недостаточностью. Утверждены Президиумом Общероссийской об-

- ественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» 2022. – 38 с.
19. Клинические рекомендации. Перикардиты. Одобрены Научно-практическим Советом Минздрава РФ 2022.
20. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
21. Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
22. Приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 № 925н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями».
23. Приказ Минздравсоцразвития №40 от 27.01.2006 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».
24. Шкала возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS) [Электронный ресурс: <https://anest-rean.ru/richmond-agitation-sedation-scale-rass/> Дата обращения 10.08.2023].
25. Эли, Э.У., Трумэн, Б., Шинтани, А., Томасон, Дж.У., Уилер, А.П., Гордон, С., Френсис, Дж., Сперофф, Т., Гаутам, С., Марголин, Р., Сесслер, К.Н., Диттус, Р.С., Бернард, Г.Р. Мониторинг состояния седации с течением времени у пациентов отделения интенсивной терапии: надежность и валидность Ричмондской шкалы возбуждения и седации (RASS). // Журнал американской медицинской ассоциации. – 2003. – 11 июня. – № 289(22). – С. 2983-91.
26. 1-Phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (α -PVP). Critical Review Report Agenda item 5.3. Expert Committee on Drug Dependence Thirty-seventh Meeting Geneva, 16-20 November 2015 [Электронный ресурс: https://www.psychosocial.org/psychowiki/images/0/03/5.3_Alpha-PVP_CRev.pdf Дата обращения 10.08.2023].
27. Eiden, C, Mathieu, O, Cathala, P, Debruyne, D, Baccino, E, Petit P et al. Toxicity and death following recreational use of 2-pyrrolidino valerophenone // *Clinical Toxicology* 2013; 51: 899-903.
28. Adamowicz, P., Gieroń, J., Gil, D., Lechowicz, W., Skulska, A., Tokarczyk, B., Zuba, D. Blood concentrations of α -pyrrolidinovalerophenone (α -PVP) determined in 66 forensic samples // *Forensic Toxicology* 2016; 34: 227–234
29. Dragogna, F, Oldani, L, Buoli, M, Altamura AC (2014) A case of severe psychosis induced by novel recreational drugs. *F1000Research* 3:21. [Электронный ресурс: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11419-016-0306-0> Дата обращения 13.08.2023].
30. Sykutera, M, Cychowska, M, Bloch-Boguslawska, E. A fatal case of pentedrone and α -pyrrolidinovalerophenone poisoning // *Journal of Analytical Toxicology* 2015; 39: 324-329.
31. Namera, A, Konuma, K, Saito, T, Ota, S, Oikawa, H, Miyazaki S et al. Simple segmental hair analysis for α -pyrrolidinophenone-type designer drugs by MonoSpin extraction for evaluation of abuse history // *Journal of Chromatography B: Analytical Technologies in the Biomedical and Life Sciences* 2013; 942-943: 15-20.
32. Marinetti, LJ, Antonides, HM. Analysis of synthetic cathinones commonly found in bath salts in human performance and post-mortem toxicology: method development, drug distribution and interpretation of results // *Journal of Analytical Toxicology* 2013; 37: 135-146.
33. Saito, T, Namera, A, Osawa, M, Aoki, H, Inokuchi, S. SPME-GC-MS analysis of α -phapyrrolidinovalerophenone in blood in a fatal poisoning case // *Forensic Toxicol* 2013; 31: 328-332.
34. Richards-Waugh, LL, Bailey, KM, Clay, DJ, Gebhardt, MA, Newsome-Sparks, CL, E. MH et al. Deaths involving the recreational use of α -PVP (α -pyrrolidinopentiophenone). K16, 65th Proceedings of the American

- Academy of Forensic Sciences 2013:521-2. [Электронный ресурс: <http://www.aafs.org/sites/default/files/pdf/ProceedingsWashingtonDC2013>. Дата обращения 13.08.2023].
35. Hasegawa, K, Suzuki, O, Wurita, A, Minakata, K, Yamagishi, I, Nozawa, H et al. Postmortem distribution of α -pyrrolidinovalerophenone and its metabolite in body fluids and solid tissues in a fatal poisoning case measured by LC-MS-MS with the standard addition method // *Forensic Toxicol* 2014; 32: 225-234.
 36. Яцинюк, Б.Б., Фомин, И.В. Оценка тяжести состояния и опций интенсивной терапии острых отравлений психоактивными веществами – курительные смеси спайс: сборник трудов III научно-практической конференции по клинической токсикологии УРФО 22-23 октября 2015 г. – Ханты-Мансийск, 2015. – С. 118-123.
 37. Яцинюк, Б.Б., Волкова, Н.А, Салманов, Ю.М., Фомин, И.В. Клиника, диагностика острых отравлений синтетическими каннабиноидами и особенности патогенетической терапии пострадавших // *Здравоохранение Югры: опыт и инновации* – 2016. – № 1. – С. 28-44.
 38. Shanks, KG, Behonick, GS, R. TA. Detection of α -PVP in postmortem blood case-work by UPLC/MS/MS. P12, Proceedings of the Society of Forensic Toxicologists 2013 [Электронный ресурс: http://soft-tox.org/files/meeting_abstracts/SOFT_2013_meeting_abstracts. Дата обращения 13.08.2023].
 39. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Утверждён Постановлением Правительства РФ № 681 от 30 июня 1998 (в редакции постановлений Правительства РФ от 27.11.2010 № 934.
 40. Москалева, Е.В., Ерощенко, Н.Н., Кирюшин, А.Н., Кардонский, Д.А., Еганов, А.А. Обнаружение α -пирролидиновалерофенона (α -PVP) и его метаболитов в объектах судебно-химического исследования // *Судебно-медицинская экспертиза* 2017; 60(1): 19-22.
 41. Соснина, В.С., Букин, В.Н., Калиниченко, А.В., Тихонова, И.Л., Летягина, В.В. Диагностика потребителей новых групп психоактивных веществ в практике работы отделения наркологических экспертиз // *Медицина и образование в Сибири* – 2012. – № 2. – С. 4-5.

© Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., Шейкин Ю.А., 2023

EMERGENCY DISEASE / CONDITION ON THE BACKGROUND OF A COMORBID BACKGROUND WITH A TRIGGER FACTOR - INTRAVENOUS ADMINISTRATION OF A-PVP

Yatsinyuk B.B., Gavrikov P.P., Zhidkov V.A., Kosarev A.N., Barats E.A., Sheykin Y.A.

The study reflects the routes of admission, toxicodynamics, toxicokinetics, the mechanism of development of clinical manifestations of acute poisoning α -PVP. The analysis of one clinical case showed the significance of the incoming trigger factor (α -PVP) against the background of significant pathological changes in the comorbid background, which determined the undesirable outcome of the emergency condition.

Key words: toxicology, narcotic drugs, pyrovaleron derivatives, clinical symptoms

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

УДК 614.2

ОБ АКЦИИ «КРАСНОЕ ПЛАТЬЕ. СЕРДЦЕ ЖЕНЩИНЫ» В БУ «МЕГИОНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Джанаева Э.Ф.,

врач высшей категории, врач – кардиолог терапевтического отделения
БУ «Мегионская городская больница»,
член Российского кардиологического общества,
участница «Женского движения «Единой России» в Югре

Елькина В.Г.,

врач высшей категории, врач – кардиолог,
заместитель руководителя по медицинской части БУ «Мегионская городская больница»,
член Российского кардиологического общества,
участница «Женского движения «Единой России» в Югре

Чечиков И.П.,

главный врач БУ «Мегионская городская больница»,
член всероссийской политической партии «Единая Россия»

Авторы представленного материала выражают глубокую благодарность коллективу БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» и лично главному врачу БУ «ОКД «ЦД и ССХ», Депутату Думы ХМАО-Югры шестого созыва по Сургутскому району, члену фракции ВПП «Единая Россия», заместителю председателя комитета Думы ХМАО-Югры по социальному развитию И.А. Урванцевой, и Депутату Думы ХМАО-Югры шестого созыва по Нижневартовскому району, члену фракции ВПП «Единая Россия», региональному координатору «Женского движения «Единой России» в Югре, заместителю председателя Думы ХМАО-Югры Н.Л. Западновой за сотрудничество и оказанное доверие!

Из истории проекта «Оденься в красное» и «Красное платье»

В 2012 году Российское кардиологическое общество (РКО) присоединилось к общеевропейской инициативе «Go red for women», направленной на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями у женщин [1].

Проект Российского кардиологического общества «Красное платье» призван привлечь внимание врачей разных специальностей к всестороннему и глубокому подходу в оценке факторов риска, и способов их коррекции у

женщин разных возрастных групп, к вопросам первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также к согласованным действиям по алгоритмам диагностики и лечения болезней системы кровообращения у женщин [1].

«Красное платье» – это международный символ для женщин, который имеет цель продемонстрировать как возможную угрозу здоровью, так и жгучее желание объединить свои усилия для того, чтобы предупредить или победить болезнь. Девиз проекта:

«Оберегать здоровье женщины» [1]. Как показали результаты исследований последних лет, в Европе женщины гораздо чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с мужчинами. Как правило, женщины в момент развития у них сердечно-сосудистых заболеваний приблизительно на 10 лет старше мужчин, с наступлением менопаузы риск развития ишемической болезни сердца у них возрастает в 4 раза [2,5,6,7,8,9].

При сравнимой распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) среди мужчин и женщин имеются гендерные особенности клинических проявлений: у женщин чаще встречается бессимптомное развитие ишемии и инфаркта миокарда [1,2,3,5,6,7]. У женщин с ИБС реже проводится операция реваскуляризации миокарда, чем у мужчин; они в два раза чаще умирают или получают нефатальный инфаркт миокарда в течение первого года наблюдения вне зависимости от их возраста, степени нарушения функции левого желудочка, тяжести поражения коронарных артерий и наличия сахарного диабета 2 типа [2,11,12,13]. Женщины реже подвергаются электрокардиографическому тесту (ЭКГ-тесту) с физической нагрузкой и реже направляются на проведение коронарной ангиографии с диагностической целью [2,6,8]. Известно, что мужчины чаще, чем женщины, «страдают» от сердечной недостаточности в более молодом возрасте, но после 75 лет ситуация меняется, и женщин с сердечной недостаточностью, особенно с нормальной фракцией выброса левого желудочка, становится больше [2,4,9,13].

Такие женщины, как правило, реже обследуются и получают лечение, независимо от возраста и важных клинических характеристик. Следуя общей

тенденции увеличения продолжительности жизни прогнозируется увеличение доли женщин, страдающих сердечной недостаточностью в пожилом возрасте, относительно мужчин аналогичной возрастной группы. Существуют гендерные различия в клинической картине течения и последствий инсульта, таких как частота развития инсульта; риск возникновения инсульта в течение жизни, возрасте наступления первого инсульта, степени и частоте инвалидизации после инсульта [1,2,6]. В отличие от мужчин у женщин чаще выявляются множественные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как висцеральное ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, гипергликемия, атерогенная дислипидемия, артериальная гипертензия [1,2,6,7,8,10,11,12,13,17,19].

В связи с этим, в последние годы во всем мире активно разрабатывается программа по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Европейское общество кардиологов (European Society of Cardiology) совместно с Европейской ассоциацией сердца (European Heart Network) и Всемирной федерацией сердца (World Heart Foundation) в 2010 году объявило конкурс «Women at Heart contest», в рамках которого предлагалось подавать общественно значимые проекты на тему повышения осведомленности населения и медиков относительно широкого распространения сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин. Проект «Женское сердце», представленный Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) и автором проекта, доктором медицинских наук, профессором В.Б. Мычка, в марте 2011 года был признан одним из самых инновационных и был удостоен серебряного приза [1].

Новая инициатива Европейского общества кардиологов «Go red for women» и проект Российского кардиологического общества «Красное платье» направлены на развитие научных исследований гендерных различий в области сердечно-сосудистой медицины и повышении осведомленности о разных проявлениях течения заболеваний у мужчин и женщин при междисциплинарных исследованиях [1,2,4,5,6,7,8,11, 13,19].

Проект «Красное платье» в Югре

Благодаря личной инициативе главного врача БУ «ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургут, Депутата Думы ХМАО-Югры шестого созыва по Сургутскому району, члена фракции ВПП «Единая Россия», заместителя председателя комитета Думы ХМАО-Югры по социальному развитию И.А. Урванцевой проект «Красное платье» существует в нашем округе с 2017 года. «За это время кардиоскрининг на базе БУ «ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургут прошли более 4000 югорчан – взрослых и детей, мужчин и женщин разного возраста. Случалось, что пациента, который пришёл на «Акцию» для получения консультации у специалиста, экстренно направляли в стационар Кардиоцентра», – рассказала идейный вдохновитель проекта Урванцева И.А.

Красный цвет символизирует тревогу, связанную с ростом числа сердечно-сосудистых заболеваний. Традиционно, именно женщина – это хранительница домашнего очага. Но сегодня, учитывая непростую политическую обстановку в мире и стране, в том числе проводимую специальную военную операцию (СВО), внимание и забота необходимы самим женщинам. В этом и заключается новая ключевая задача направления проекта.

Необходимо отметить многоплановое участие в инициативе «Женского движения «Единой России» в Югре регионального координатора, заместителя председателя окружной Думы Н.Л. Западной, и ее заботу о сердечном здоровье членов семей военнослужащих, которые выполняют задачи в зоне проведения СВО. Сегодня в центре проекта находятся мамы, сестры, жены, которые ждут и переживают о своих близких, находящихся в зоне СВО. Очень важно всем югорчанкам оказать всестороннюю поддержку, в том числе и своевременную квалифицированную медицинскую помощь. Благодаря личной инициативе Депутатов окружной Думы Западной Н.Л. и Урванцевой И.А. этой весной проект стартовал с новым акцентом «Красное платье. Сердце женщины».

О проведении акции в г. Мегион выступила с инициативой Джанаева Э.Ф. – участница «Женского движения «Единой России» в Югре, врач-кардиолог БУ «Мегионской городской больницы», которая изнутри знает всю остроту проблемы и гендерные особенности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы у женщин. Посетив предварительно по приглашению идейного вдохновителя проекта Урванцевой И.А. мастер-класс (Рис.1), проводимый на базе «ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургут, наши кардиологи (Э.Ф. Джанаева, В.Г. Елькина) – участницы «Женского движения «Единой России» совместно с куратором «Женского движения «Единой России» в Югре, Депутатом городской Думы г. Мегион Денисовой И.Р. приступили к реализации проекта.

Благодаря личной поддержке главного врача И.П. Чечикова БУ «Мегионская городская больница»



Рис 1. Акция «Красное платье. Сердце Женщины» в «ОКД «ЦД и ССХ»» г. Сургут. (мастер-класс)

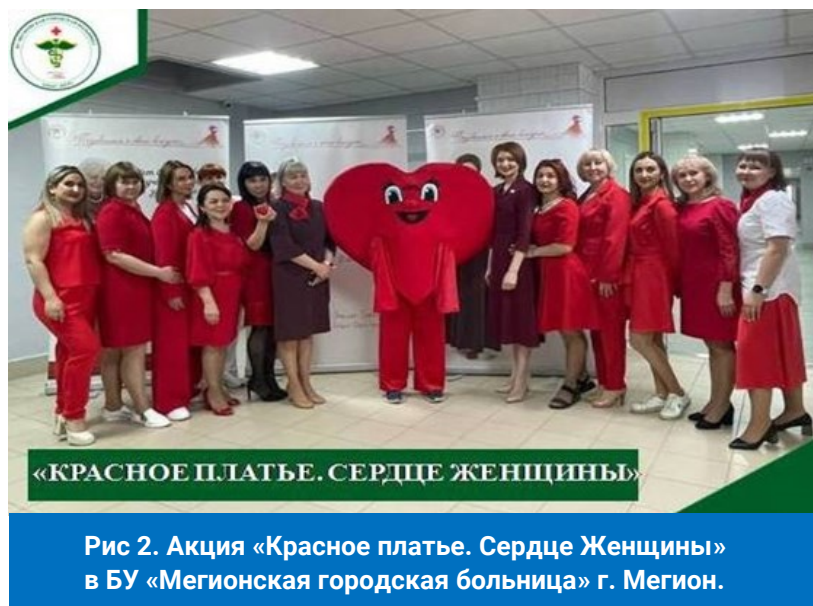
одной из первых в округе – после городов Сургут и Когалым, подхватила инициативу, и уже 20 мая 2023 года на базе взрослой поликлиники провела акцию в рамках проекта «Красное платье. Сердце женщины», организованную совместно с участницами «Женского движения «Единой России»» в Югре при поддержке специалистов окружного кардиологического диспансера.

За время проведения акции за медицинской помощью обратилась 21 женщина в возрасте от 24-78 лет. В ходе кардиоскрининга у 15 женщин по шкале SCORE были определены низкий и средний риск развития сердечно-сосудистой патологии, им были даны рекомендации по дообследованию и коррекции имеющихся факторов риска, а 6 женщин оказались с высоким и очень высоким риском. Они были направлены на углубленное обследование в ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургута в рамках программы «Диагностики одного дня» [3].

Акция носила также и обучающий характер: можно было ознакомиться с частью экспонатов «Музея сердца» из «ОКД «ЦД и ССХ»» г. Сургута и увидеть,

что происходит с органами человека в результате длительного воздействия вредных привычек, проводилась видеолекция о современных возможностях диагностики и лечения ишемической болезни сердца, а также был проведен мастер-класс по оказанию первой неотложной помощи с помощью специализированного манекена. Акция получила широкий положительный отклик среди тех, кто её посетил. Руководством нашей больницы единогласно было принято решение сделать эту акцию не разовой, а проводить на постоянной основе с периодичностью 1 раз в 1-2 месяца. В настоящее время уже формируется реестр женщин, которые будут приглашены на «Акцию».

Проект «Красное платье. Сердце женщины» масштабируется, и в настоящее время «Акции» уже проводились во многих городах округа: Сургут, Когалым, Мегион, Нижневартовск, Нефтеюганск, Югорск, в Советском и Нефтеюганском районах. Мы будем продолжать оказывать всестороннюю помощь близким участникам СВО, а также населению нашего города в рамках данного проекта, расширяя возможно-



сти скрининга (онкоскрининг, скрининг функции щитовидной железы, «женское здоровье»), уделяя внимание вопросам профилактики и грамотности населения в рамках Школ здоровья. Мы вместе делаем одно общее дело – заботимся о здоровье населения! И работать в одной команде с такими же равнодушными и преданными своей профессии людьми, «болеющими» всей душой за своё дело, профессионалами для нас очень много значит.

Литература

1. Официальный сайт Российского кардиологического общества. Электронный ресурс: https://scardio.ru/proekty/krasnoe_plate/. Дата обращения: 28.06.2023
2. Шаповалова, Э.Б., Максимов, С.А., Артамонова, Г.В. Половые и гендерные различия сердечно-сосудистого риска. Российский кардиологический журнал. 2019;24(4):99–104. Электронный ресурс: <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2019-4-99-104>. Дата обращения: 28.06.23.
3. В Окружном кардиологическом диспансере «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (г. Сургут) внедрили новую форму работы для иногород-
- них пациентов. Электронный ресурс: https://www.cardioc.ru/info/news/v-okruzhnom-kardiologicheskom-dispansere-g-surgut/?sphrase_id=265322. Дата обращения: 05.05.23
4. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер, 2003. 544 с. ISBN 5-318-00459-8.
5. Ткачук, М. Г., Дюсенова, А. А. Половой диморфизм и его отражение в спорте: монография. – Москва-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 111 с. ISBN: 978-5-4475-3840-8.
6. Crea, F, Battipaglia, I, Andreotti, F. Sex differences in mechanisms, presentation and management of ischaemic heart disease. Atherosclerosis. 2015;241(1):157-68. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.04.802>. Дата обращения: 28.06.23
7. Barker-Collo, S, Bennett, D, Krishnamurthi, et al. Sex differences in stroke incidence, prevalence, mortality and disability-adjusted life years: results from the Global Burden of Disease Study 2013. Neuroepidemiology. 2015;45(3):203-14. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1159/000441103>. Дата обращения: 28.06.23
8. Оганов, Р. Г., Масленникова, Г. Я. Гендерные различия кардиоваскулярной

- патологии. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11 (4). – С. 101-4.
9. Shepard, D, Vander Zanden, A, Moran, A, Naghavi, M, Murray, C, Roth, G. Ischemic heart disease worldwide, 1990 to 2013: estimates from the global burden of disease study 2013. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2015;8(4):455-6. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002007>. Дата обращения: 28.06.23
 10. Ахмеджанов, Н. М., Небиеридзе, Д. В., Сафарян, А. С. и др. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО): часть I. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – № 11(3). – С. 253-60.
 11. Рябина, Е. Н., Чичиленко, М. В. Половые особенности распространенности предгипертонии, ассоциированной с курением у лиц юношеского возраста. // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 6 (1). – С. 1226-30.
 12. Kõks, G, Fischer, K, Kõks, S. Smoking-related general and cause-specific mortality in Estonia. *BMC public health*. 2018;18(1):18-34. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4590-3>. Дата обращения: 28.06.23
 13. Kouvari, M, Panagiotakos, DB, Chrysoshoou, C, Georgousopoulou, E., Notara, V., Tousoulis, D., Pitsavos, C. and ATTICA & GREECS Studies Investigators. Gender-specific, Life-style-related Factors and 10-year Cardiovascular Disease Risk; the ATTICA and GREECS Cohort Studies. *Curr Vasc Pharmacol*. 2018 Электронный ресурс: Электронный ресурс: <https://doi.org/10.2174/1570161116666180608121720>. Дата обращения: 27.06.23
 14. Fiala, J, Sochor, O, Klimusová, H, Homolka, M. Alcohol consumption in population aged 25-65 years living in the metropolis of south Moravia, Czech Republic. *Central European journal of public health*. 2017;25(3):191-9. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.21101/cejph.a4481>. Дата обращения: 28.06.23
 15. Lee, K. Sex-Specific Associations of Risk-Based Alcohol Drinking Level with Cardiovascular Risk Factors and the 10-Year Cardiovascular Disease Risk Scores. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2018;42(8):1503-10. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1111/acer.13798>.
 16. Wood, AM, Kaptoge, S, Butterworth, AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*. 2018;391(10129):1513-23. Электронный ресурс: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X). Дата обращения: 30.06.23
 17. Hakola, L, Hassinen, M, Komulainen, P, Lakka, TA, Savonen, K, Rauramaa, R. Correlates of low physical activity levels in aging men and women: the DR's EXTRA Study (ISRCTN45977199). *Journal of aging and physical activity*. 2015;23(2):247-55. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.1123/japa.2013-0169>. Дата обращения: 30.06.23
 18. El. Ansari, W, Suominen, S, Samara, A. Eating habits and dietary intake: is adherence to dietary guidelines associated with importance of healthy eating among undergraduate university students in Finland? *Central European journal of public health*. 2015; 23(4):306-13. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.21101/cejph.a4195>. Дата обращения: 24.06.23

© Джанаева Э.Ф., Елькина В.Г., Чечиков И.П., 2023

ABOUT THE CAMPAIGN "RED DRESS. THE HEART OF A WOMAN" IN BUKHMAO-YUGRA "MEGION CITY HOSPITAL"

Dzhanaeva E.F., Elkina V.G., Chechikov I.P.

Уважаемые коллеги! Просим обратить ваше внимание на изменения требований для авторов при направлении материалов в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» (начиная с №4 2023)

Цели и задачи научно-методического сетевого издания

Цель издания:

развитие издания в качестве научной и клинической платформы для ученых, врачей-специалистов, ординаторов, аспирантов, студентов, медицинских работников и приглашенных специалистов.

Задачи:

1. Привлечение к публикациям в издании авторов, увеличение подаваемых материалов, возможность отбора материала, который представляет наибольший практический и научный интерес, увеличение цитирований публикаций издания в РИНЦ. Привлечение к публикациям иностранных авторов и совместно выполненных с ними работ.

2. Повышение привлекательности и доступности издания для авторов и читателей.

Научная специализация журнала (в соответствии с Справочником ГРНТИ)

760000 - МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (рубрика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики

760100 Общие вопросы медицины и здравоохранения
762900 Клиническая медицина
760300 Медико-биологические дисциплины
763100 Клиническая фармакология. Фармация
763300 Гигиена и эпидемиология
763500 Прочие отрасли медицины и здравоохранения

Разделы номенклатуры специальностей

Все указанные в тематических рубриках

100000 - ГОСУДАРСТВО И ПРАВО. ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ (рубрика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики и разделы

1085 Криминалистика
108531 Криминалистическая экспертиза
108501 Общие вопросы криминалистики
1077 Уголовное право
107751 Отдельные виды преступлений

Аудитория издания - совокупность людей, пользующихся возможностью публикации в издании и потребители, специалисты, использующие информацию, опубликованную в издании, привлеченные определенным типом средств информации (Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» <https://dzhmao.ru/spez/zhurnal-zdravookhranenie-yugry/>).

Условия и требования к публикации в научно-методическом сетевом издании №4 «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» в 2023 году

Одним из элементов редакционной политики издания (2023) является формирование в номерах публикаций по смежным направлениям оказания медицинской помощи, расширение сотрудничества с медицинскими специалистами с высшим и средним медицинским образованием, руководителями Депздрава Югры, главными внештатными специалистами Югры и других регионов, представителями администраций медицинских организаций, членами аттестационных комиссий Депздрава Югры, обучающимися, администрацией образовательных медицинских организаций и заведующими кафедрами. Редакционная коллегия приняла решение по введению таких рубрик, как «Гость издания», «На вопросы отвечает главный специалист», «Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения».

Критерии отбора рукописей (общие данные).

К публикации принимаются ранее не опубликованные и не отправленные в другие издания статьи и материалы, соответствующие научной специализации журнала.

Статья/материал не должна содержать некорректные заимствования.

Статья/материал должна быть оформлена согласно требованиям издания.

Автор(ы) статьи/материала должны представить в редакцию сопроводительное письмо и согласие автора(ов) на ее опубликование.

Редакция журнала работает строго с авторами статей/материалов без по-

средников; не предусматривает ускоренные сроки публикации; имеет строгий подход к оценке новизны представленного материала при его рецензировании.

Поступивший материал рецензируется (рецензируется членами редакционной коллегии издания в течение 30 дней).

Издание находится в базе РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), которая представляет собой электронный сервис научного цитирования и предназначена для определения наукометрического показателя деятельности ученого – его цитируемость в различных научных источниках. Редакция издания всегда предпринимает все необходимые меры для оперативной публикации материалов, однако оставляет право самостоятельной установки порядка и сроков рецензирования и редактирования рукописей. Авторами публикации (статьи) могут быть лица, внесшие вклад в подготовку данной работы, ее доработку, а также лица ответственные за целостность всех ее частей. Лица, выполнявшие иную работу в подготовке материалов (технические работники, специалисты по статистике, специалисты, подготовившие перевод и филологи), могут быть указаны в разделе статьи «Благодарность/Acknowledgments» на русском и английском языках.

При направлении статьи в редакцию рекомендуется руководствоваться следующими правилами:

Общие правила для публикаций.

Публикуемое научное исследование должно быть в соответствии с этическими, юридическими нормами и не иметь конфликтов интересов. В рукописи необходимо соблюдать нормы пунк-

туации, орфографии и принятые медицинские и иные термины.

Рукопись, подаваемая для публикации, должна содержать заявление о том, что исследования на людях были одобрены соответствующим комитетом (если это необходимо по материалам статьи) по этике (медицинская организация; учреждение науки) и проводились в соответствии с этическими стандартами/нормами, изложенными в Хельсинской декларации.

Материал автора(ов), изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, иметь прикладное значение и практическое использование не быть описанием известных фактов, имеющих в энциклопедиях, справочниках, учебниках, руководствах, клинических рекомендациях, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной клинической или теоретической проблемы медицины и здравоохранения, юриспруденции в здравоохранении, других смежных научных направлениях (направлениях других ведомств) – экология, чрезвычайные ситуации, природопользование (отражающих вопросы здравоохранения и экологии; здравоохранения и природопользования, здравоохранения и социологии, другие направления совместной деятельности). Представляемые исследователями материалы должны гарантировать, что они являются честными, полными и взвешенными. Недопустимы выборочные или двусмысленные изложения различных фактов, которые трактуются двусмысленно и вводят в заблуждение читателей издания. Являться нарративом о самом себе или событии автора. Планируемая к публикации работа должна содержать только оригинальный материал, не являться плагиатом и не быть опубликованной ранее как в России, так и за рубежом.

Рукописи принимаются красным цветом непрерывно в течение года – journal_zdrav_ugra@miac.ru.

Учитывая редакционную политику издания, отдается предпочтение поступившим материалам, по тематике формирования следующего номера, аспирантам, соискателям.

Плата за публикацию статей не взимается.

Электронные версии опубликованных статей размещаются в сети Интернет: на сайте БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» и в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и других базах на безвозмездной основе.

ПРАВИЛА ДЛЯ ПУБЛИКАЦИЙ.

В редакцию издания предоставляется авторский оригинал (рукопись) публикации в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе «MicrosoftWord». Поступившему материалу присваивается №, который сообщается автору.

Сокращения и аббревиатуры расшифровывают при первом их использовании в тексте и в дальнейшем используют в неизменном виде.

Настоящие требования являются публичным договором-офертой на публикацию в издании. Акцептом к договору-оферте являются материалы, присланные в редакцию на электронную почту journal_zdrav_ugra@miac.ru, Яцынюк Борис Борисович.

1) файл (подпись файла по первому автору – Иванов И.Н._статья_2023), содержащий статью со вставленными в нее рисунками (Текст высылается отдельным файлом .doc (допускается архивация архиваторами WinZip или WinRar);

2) файлы, содержащие рисунки, графики, фотоматериалы;

3) сопроводительное письмо от учреждения, в котором формировались материалы.

Отправляется сканированный вариант, который подписывается – Иванов И.Н._сопроводительное письмо;

4) файлы, содержащие отсканированное согласие автора(ов) на принятие к публикации материала, размещения ее на электронных ресурсах и согласие на обработку персональных данных автора(ров). Согласие заверяется личной подписью (указываются фамилия, имя, отчество, место работы и должность, рабочий телефон/факс, почтовый и электронный адрес организации, ученая степень, звание, (аспирант, соискатель) телефон и e-mail автора с которым редакция будет вести переписку). Отправляется сканированный вариант согласия, который подписывается – Иванов И.Н._согласие;

5) Рисунки, графики, фотографии (высылаются отдельными файлами с комментарием; в тексте на месте иллюстрации помещается рамка с названием файла и комментарием).

Направляя материалы в редакцию издания, автор(ры) выражает(ют) свое согласие с настоящими правилами, заявляет, что считает себя заключившим с редакцией издания типовой лицензионный договор и гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована или направлена одновременно в другое издание.

1. Структура статьи

1. Заглавие научной статьи:

- название статьи на русском языке, буквы прописные, располагаются по центру;

- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру;

- после фамилии указывается надстрочный знак 1 2 3(выше опорной линии текста).

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;

- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. После пробела строки, на следующей строке, после надстрочного знака указывается фамилия и инициалы авторов с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства, город, страна). Все выравнивается по левому краю.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID, author ID (при наличии).

Необходимо в скобках – (...), указать автора, ответственного за переписку с редакцией.

4. Структура аннотации:

- Введение (краткая история вопроса, цели и задачи);

- Объект и методы исследования; Результаты; Ограничения в научном исследовании; Обсуждение/Дискуссия (все представляется кратко); Выводы/Заключение.

- Ключевые слова (12-14 слов);

- Соблюдение этических стандартов;

- Благодарность.

После благодарности необходимо представить выходные данные публикации (Для цитирования статьи) - Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С. Оказания экстренной медицинской помощи у пациентов с бронхиальной астмой. Здравоохранение Югры: опыт и инновации.2023; 1: страницы..... указываются редакцией!

Конфликт интересов.

Финансирование.

Требования к аннотациям:

- информативность (необходимо избегать общих слов, использовать принятые термины);
- оригинальность;
- содержательность (необходимо отражать основное содержание статьи и результаты проведенного исследования);
- структурированность;
- компактность (до 350 слов).

Приветствуется структура аннотации, кратко повторяющая структуру публикации.

В аннотации не должно быть ссылок на литературные источники.

На английском языке.

1. Заглавие научной статьи:

- название статьи на английском языке, буквы прописные, располагаются по центру;
- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру.

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. Фамилии и инициалы авторов на английском языке с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства), располагаются по центру.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID (при наличии);

4. Структура аннотации на английском языке:

- Введение – Introduction;
- Объект и методы исследования – Object and methods of research;
- Результаты – Results;

- Ограничения в научном исследовании – Limitations;
- Обсуждение/Дискуссия – Discussion;
- Выводы/Заключение – Conclusions (кратко);
- Ключевые слова – Keywords;
- Соблюдение этических стандартов – Compliance with ethical standards;
- Благодарность – Acknowledgments.
- For citation.
- Conflict of interests.
- Funding.

В тексте аннотации на английском языке необходимо использовать терминологию, характерную для иностранных медицинских текстов. Необходимо использовать активный, а не пассивный залог.

5. Материал в статье располагается в следующей последовательности:

- УДК (по левому краю);
- направление публикации и специальность (по левому краю);
- материал является частью диссертационного исследования (указывается, если это материал диссертационного исследования);
- аннотация (на русском и английском);
- введение (введение и все последующие материалы выравниваются по ширине);
- объект и методы исследования;
- результаты;
- обсуждение/дискуссия;
- рекомендации по клиническому использованию данных (в зависимости от направления статьи, при необходимости);
- выводы/заключение;
- литература (в порядке упоминания источников);
- сноски в тексте статьи (в порядке упоминания источников).

- в завершении статьи указываются данные (ФИО на русском и английском; место работы, должность и научная степень, рабочий адрес, электронная почта) всех авторов (эти данные необходимы для размещения в РИНЦ).

ПРИМЕР

Яцинюк Борис Борисович (Yatsinyuk Boris Borisovich), кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии, скорой медицинской помощи и клинической токсикологии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», главный токсиколог Депздрава Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, член профильной комиссии Минздрава РФ по специальности «токсикология», 628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, e-mail:..... Yatsinyuk Boris Borisovich.....

В разделе «Объекты и методы» должно быть указано о получении информированного согласия лиц, включенных в исследование (если это предусмотрено исследованием). Детали, способствующие персонификации пациентов, должны быть исключены.

Экспериментальные исследования на животных должны соответствовать международным и национальным нормативным актам обращения с лабораторными животными.

В статистической обработке данных необходимо указывать примененные методы (пакет статистического анализа). Единицы измерения должны соответствовать Международной системе единиц СИ, термины* – международным номенклатурам; заболевания и оценка тяжести пациента отражаются в соответствии с принятыми шкалами и Клиническими рекомендациями, регламентированными данными ассоциаций.

*Все термины и определения должны быть достоверны, их написание (русское и латинское) должно соответствовать «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (2001 г., 2-е издание под ред. В.И. Покровского, изд. «Медицина», <http://www.twirpx.com/file/123175/>).

Лекарственные препараты указываются только в международных непатентованных названиях, которые употребляются первыми, затем в случае необходимости приводится (в скобках) несколько торговых названий препаратов, зарегистрированных в России (в соответствии с данными информационно-поисковой системы «Клифар-Госреестр» [Государственный реестр лекарственных средств]).

В разделе Обсуждение/Дискуссия, необходимо интерпретировать свое мнение по полученным данным, в сравнении с результатами других исследований.

В разделе «Заключение/Выводы» дается необходимая информация отражающая результаты.

2. Технические параметры оформления текста:

Лист формата А4 (без оборота).

Поля: все поля – 2 см.

Шрифт – TimesNewRoman.

Размер шрифта: текст – 12; таблицы – 10.

Межстрочный интервал: текст – 1,5 см; таблицы – 1,0.

Абзацный отступ – 1,5 см.

Форматирование текста – по ширине. Недопустимо использование переносов, расставленных вручную.

Объем не должен превышать (иное согласуется с главным редактором): статей – до 10 страниц (включая иллюстрации, таблицы, резюме и литературы); рецензий и информационных сообще-

щений – до 3-5 страниц (иное согласуется с главным редактором).

Язык текста рукописи – русский (за исключением мета-данных).

Ссылки на литературу указываются в тексте в квадратных скобках в порядке упоминания источников, а не по алфавиту.

Ссылки на сноски в тексте статьи (документы), указываются в тексте надстрочный знаком в порядке упоминания источников.

После текста статьи приводится библиографический список, оформленный в соответствии с ГОСТ Р 7.05-2008. Число используемых литературных источников (Литература) и официальных документов определяется автором. Официальные документы (Федеральные законы, Постановления, Клинические рекомендации, Стандарты, Ведомственные приказы, ГОСТы, Медико-санитарные правила, Методические указания, Положения, Санитарно-эпидемиологические правила, ФГОС по специальностям, Рабочие программы и другие документы) нужно указывать не в списке литературы, а сносками (в конце страницы*) – сноски в тексте статьи, по представленному в тексте публикации источнику.

*Пример:

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ, с. 103.

После раздела – Литература, необходимо представить дополнительные сведения о каждом авторе публикации, необходимые для обработки издания в Российском индексе научного цитирования:

- Ф.И.О. полностью на русском языке и в транслитерации;

- ученая степень, ученое звание;

- должность, название организации, почтовый индекс, город, страна, e-mail для контактов с авторами статьи (можно один e-mail на всех авторов).

Приватность представленных данных. Имена и адреса электронной почты, введенные на сайте данного издания, будут использованы исключительно для целей, обозначенных этим изданием, и не будут использованы для каких-либо других целей или предоставлены другим лицам и организациям.

В разделе Источник финансирования, следует указать его источник (если он имеется и отразить связанные с ним возможные конфликты интересов).

Представление статистических данных в исследовании следует руководствоваться следующими данными:

- необходимо указать вид статистических данных: количественные – числовые непрерывные или дискретные; качественные – категориальные порядковые или номинальные;

- указывать тип распределения данных – нормальное, или параметрическое и ненормальное, или непараметрическое). Также указывается тест проверки на нормальность распределения данных (критерий Колмогорова-Смирнова; Шапиро-Уилка и другие используемые распределения);

- необходимо указать общий объем выборки и объемы групп (подгрупп) с приведением абсолютной и относительной частот, числителя и знаменателя для вычисленных в исследовании процентов: пример: .../... (...%), в таблицах указывать как n (%) – ... (...%);

- отображать методы, критерии статистической обработки в зависимости от типа распределения (параметрический, непараметрический) для каждой анализируемой группы данных. При представлении данных необходимо приво-

дить меры центральной тенденции (среднее, медиана, мода) и показатели разброса данных в соответствии с типом распределения выборки:

1. при представлении параметрических данных используется среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD) в формате M (SD) (ранее в научных исследованиях использовалось – $M \pm SD$);
2. при представлении непараметрических данных – медиану (Me) и показатели ширины и асимметрии распределения результатов, – интерпроцентильного интервала (нижний квартиль (25%) и верхний квартиль (75%) в формате Me [25%-75%], и также размаха (min - max).

Проверка статистических гипотез в исследовании должна быть представлена.

В представляемом исследовании указывается используемый статистический тест, применяемый в зависимости от вида выборок: параметрический тест – критерий/тест Стьюдента (two sample t-test), непараметрические тесты – тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test) для независимых выборок, критерий W критерий Уилкоксона (Вилкоксона) для сравнения двух зависимых выборок; тест χ^2 (хи-квадрат, chi-square), точный тест Фишера для определения связи между качественными признаками (через использование таблицы сопряженности 2 на 2, contingency table/2x 2 table/cross tabulation);

Обратите внимание, что критерий χ^2 применяется для анализа таблиц сопряженности 2x2, если ожидаемые значения в любой из ее клеток не меньше 5; когда таблицы содержат только малые частоты, например, меньше 10, необходимо использовать поправку

Йейтса с учетом критического значения p. Если ожидаемые значения в любой из клеток таблицы меньше 5, используется точный критерий Фишера. При проведении статистических тестов необходимо указывать пороговую величину уровня значимости p (например, 0,05). Отражать точное значение p там, где это возможно ($p=0,02$, а не неравенство $p<0,05$); независимо от того, получена статистическая значимость различий или нет, критерий p необходимо указывать ($p=0,58$). Если в исследовании представлено сравнение выборок целесообразно указать 95%ДИ, который представляет диапазон значений, в котором находится предполагаемое «истинное» изменение (показатель позволяет интерпретировать смысл изменений на каждом конце этого диапазона).

При оценке рисков (абсолютный риск, разность относительных рисков и другие), темпов событий (заболеваемость, выживаемость), отношений (отношение шансов, отношение угроз) необходимо использовать меру точности – 95%ДИ. Аббревиатуру отношения шансов и относительного риска с 95% ДИ следует указывать буквами русского алфавита, а доверительные интервалы через точку с запятой, чтобы не путалось тире с минусом (например, OR=2,48; 95% ДИ 1,02; 6,86).

Представление в статье анализа зависимостей.

Необходимо представить вид корреляционного анализа (Пирсона, Спирмена) с обоснованием его выбора и с указанием уровня значимости p (например, 0,05) в проведенном анализе; представлением 95%ДИ для коэффициента корреляции r и rs.

В исследовании представляется обоснование применимости метода регрессии – линейной регрессии (Linear/OLS

regression), логистической регрессии (Logistic regression).

Указывается уравнение регрессии, коэффициенты регрессии для каждого независимого признака, их 95%ДИ и значения p . Приводится оценка качества модели (коэффициент с детерминации r^2 и R^2) в табличном варианте.

Если вы провели корреляционный и регрессионный анализ рекомендуется привести графики рассеяния, а при проведении дискриминантного анализа рекомендуется привести ROC-кривые.

3. Требования к иллюстрациям:

- каждый рисунок должен быть пронумерован и подписан. Подписи не должны быть частью рисунков;
- рисунки и схемы обязательно должны быть сгруппированы (не должны распадаться на отдельные элементы при перемещении и форматировании);
- по возможности, избегайте использования рисунков и таблиц, размер которых требует альбомной ориентации страницы;
- надписи и другие обозначения на графиках и рисунках должны быть четкими и легко читаемыми;
- таблицы, рисунки, графики должны иметь порядковую нумерацию. Нумерация рисунков (в том числе графиков) и таблиц ведется раздельно. Если рисунок или таблица в статье один или одна, то номера не проставляются;
- в тексте статьи ОБЯЗАТЕЛЬНО должны содержаться ССЫЛКИ на таблицы, рисунки, графики;
- рисунки необходимо экспортировать в формате JPG, TIF с разрешением не менее 300 dpi.

4. Примечания:

Авторы должны сотрудничать с редакторами при необходимости правки или

сокращения работы, внесения дополнений и изменений.

Ответственность за правильное определение авторства полностью лежит на самих авторах, действующих в соответствии с правилами, принятыми в их медицинской организации или образовательном учреждении.

Авторы несут коллективную ответственность за свою работу и содержание публикации. Все авторы должны дать согласие на внесение в список авторов и одобрить направленную на публикацию рукопись.

Ответственный автор выступает контактным лицом между редколлегией и другими авторами (согласовывает с ними материалы, в которые внесены изменения и дополнения).

Статьи рецензируются редакционной коллегией. При необходимости отправляются автору, с которым ведется переписка.

Материалы, не соответствующие данным требованиям, к публикации не принимаются.

Изъятие опубликованной статьи применяется в случае вскрытия фактов, которые не были известны в ходе проведения рецензирования представленной рукописи.

Адрес редакции:

628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Студенческая, 15а. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр».

По возникающим вопросам обращайтесь по:

e-mail: journal_zdrav_ugra@miac.ru

Яцинюк Борис Борисович.

ПЛАНИРУЕМЫЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ (2023 Г.) В НОМЕРАХ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОГО СЕТЕВОГО ИЗДАНИЯ И СРОКИ ПРИЕМА

№ 3 – материалы, подготовленные по правилам журнала/издания (2022 года) и поступившие к публикации до 15 октября. Отдается приоритет материалам, по направлению: Неврология, Психиатрия, Наркология, Нейротоксикология, Клиническая психология. Случаи из практики по указанным направлениям. Фармакология нейротропных средств. Психология. Рассеянный склероз и другие заболевания, протекающие с поражением нервной системы.

№ 4 – материалы, подготовленные по правилам издания (2023 года) и поступившие к публикации до 10 декабря. Отдается приоритет материалам, по направлению: «Общественное здоровье и организация здравоохранения, история и социология медицины (история медицины в лицах; медицинские школы; учителя и преподаватели; история медицинских организаций; история образовательных медицинских организаций)». Обсуждение вопросов изменения законодательных документов по вопросам здравоохранения, применение документов Минздрава РФ в клинической практике. Юридические вопросы в работе медицинской организации и врача, качество оказания медицинской помощи.

Направления публикаций в издании (начиная с № 3, 2023 год). Разделы издания

I. Направления научных публикаций (научно-теоретические; научно-практические; аналитические; научно-исследовательские):

1. Оригинальные статьи (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://karpitsky.livejournal.com/101380.html>).

2. Случаи из практики – представляет клиническое наблюдение, имеющее практический интерес для врачей и обучающихся. На вопросы отвечает главный специалист – ответы специалистам по применению в клинической практики документов, ведения пациентов, назначения лекарственных препаратов и методов инструментальной и лабораторной диагностики в клиническом случае.

3. Новые технологии – использование/применение новаторских методов (методик, способов, устройств) в практическом здравоохранении и в медицинской статистике.

4. Пилотные исследования – отражение предварительных (этапных, временных) данных, которые позволяют планировать дальнейшие этапы; результаты выполнения проекта должны быть отличны от всех других предложенных ранее решений.

5. Обзоры литературы по отдельным направлениям оказания помощи (нозологические формы болезни, диагностика, лечение, маршрутизация пациента), статистическим методам исследования в здравоохранении, юриспруденции в здравоохранении, которые отражают анализ научных публикаций (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://cyberleninka.ru/article/n/nadlezhaschaya-praktika-podgotovki-nauchnoy-publikatsii-chast-2-obzornaya-statya>).

6. Общественное здоровье и организация здравоохранения, история и социология медицины (история медицины в лицах; учителя и преподаватели; медицинские школы; история медицинских организаций; история образовательных медицинских организаций).

7. Фармакология, клиническая фармакология, лекарственное обеспечение, организация фармацевтического дела.

8. Медицинский менеджмент и маркетинг.

9. Организация оказания медицинской помощи детскому населению, диагностика и лечение заболеваний и состояний в педиатрии.

10. Тактическая медицина и медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности.

11. Психология (общая психология, медицинская психология, психология воспитания).

12. Сестринский процесс в клинической практике.

13. Научные работы специалистов (среднего медицинского образования), работающих в системе здравоохранения и фармацевтических организациях.

14. Юридические вопросы в работе медицинской организации и врача, качество оказания медицинской помощи. Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения.

15. Актуальные вопросы совместной работы медицинских экспертов, сотрудников следственного комитета, адвокатов и судей, других специалистов.

16. Приглашенный специалист или Гость издания (материалы, представленные немедицинским специалистом отражающие вопросы развития системы здравоохранения).

II. Направления научно-публицистических работ, проблемных и ознакомительных публикаций:

1. Педагогическое мастерство в системе подготовки медицинских работников на дипломном и последипломном образовании.

2. Совершенствование врачебного искусства; совершенствование сестринского искусства (провизора, фельдшера, акушерки, лаборанта, других специалистов).

3. Рынок фармацевтических препаратов и медицинской техники.

4. Фармакологический препарат.

5. Обсуждение вопросов изменения законодательных документов по вопросам здравоохранения, применение документов Минздрава РФ в клинической практике

6. Мнение главного специалиста по профилю оказания помощи, мнение специалиста (врача, среднего медицинского работника, юриста медицинской организации).

7. Дневник пациента.

8. Отражение материалов конференций и других научных мероприятий, планируемых мероприятий в регионе, России и за рубежом.

9. Юбилейные даты организаций и специалистов.

10. Рецензии на публикации и клинические издания.

11. Аттестация и аккредитация медицинских специалистов.

12. Инновации в медицинском образовании.

Другие виды публикаций, отправленные в издание, согласуются с главным редактором (Яцинюк Борис Борисович).

СОДЕРЖАНИЕ

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Кныш И.И., Крылова Н.А., Селиванова С.Б., Семенькова Г.В.** Анализ клинических случаев сочетанной травмы у детей3
- Джанаева Э.Ф., Елькина В.Г.** Капиллярная гемангиома как причина экссудативного массивного гидроперикарда12
- Карташова О.С., Нагорнова Е.М., Камалетдинова Э.А.** Особенности сестринского процесса при оказании помощи в отделении палат реанимации и интенсивной терапии у тяжелых пациентов наркологического и психиатрического профиля20

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Жибаркина О.В., Погосова Т.Э., Кедрова В.С., Винокурова Т.Ю., Григорук С.Д., Липская О.В.** Диагностика генитоуринарного менопаузального синдрома и оценка эффективности местной комбинированной терапии.....32
- Маришин И.И.** Теносиновит (тендовагинит) де Кервена.....41
- Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., Шейкин Ю.А.** Экстренное заболевание / состояние при коморбидном фоне с пусковым фактором – внутривенное введение α -PVP.....50

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

- Джанаева Э.Ф., Елькина В.Г., Чечиков И.П.** Об акции «Красное платье, сердце женщины» в БУ «Мегионская городская больница».....61

Требования для авторов при направлении материалов в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» (с №4 2023)67

Планируемые приоритетные направления публикаций (2023 г.) в номерах научно-методического сетевого издания и сроки приема76