

Медицина регионов • На пульсе событий**В г. Чернигове появился контактный литотриптор**

21 января в рамках правительственной программы «Здоровье нации» урологическое отделение Черниговской областной больницы получило новое медицинское оборудование – контактный литотриптор. Благодаря использованию этого прибора в урологической практике станет возможным раннее выявление и лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей, в том числе у лиц, относящихся к группе риска: больных сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и т. д.

Контактный литотриптор – современный прибор, позволяющий выполнять сложные урологические операции под эндоскопическим контролем. Он применяется для удаления камней из почек, мочеочника и мочевого пузыря за счет прямого механического воздействия непосредственно на камень, что приводит к его полному разрушению. При данном способе отсутствует риск повреждения окружающих тканей. Применение контактного литотриптора позволит повысить качество оказываемой урологической помощи больным региона, таким образом избавив пациентов от необходимости обращаться за медицинской помощью в столицу.

На презентации нового оборудования присутствовал заведующий отделением эндоурологии Института урологии АМН Украины Сергей Возианов, принявший участие в образовательной программе для местных врачей-урологов. По его словам, в аппаратуре подобного уровня нуждаются более половины областей Украины.

Для больниц г. Днепропетровска закуплено новое оборудование

20 января в Днепропетровской городской больнице № 4 появилось новое медицинское оборудование – клиника получила маммограф, маммотом, а также ангиографическую установку. Это оборудование значительно расширит возможности диагностики и оказания медицинской помощи. Так, наличие маммографа даст возможность выявлять онкологические заболевания молочной железы на ранних стадиях; маммотом предназначен для проведения биопсии молочной железы и малотравматичных операций; наличие ангиографической установки позволит осуществлять эндоваскулярные вмешательства. Как сообщил главный врач больницы № 4 Константин Чебанов, все оборудование, поступившее в больницу, приобретено за средства из городского бюджета. Кроме того, за средства городского бюджета были закуплены 40 автомобилей «скорой медицинской помощи», которые поступят в распоряжение сельских больниц.

Кроме того, по данным департамента здравоохранения региона, за счет резервного фонда городского совета также приобретено необходимое оборудование для 14 медицинских учреждений города: закуплены пульсоксиметры для ранней диагностики легочной недостаточности, аппарат искусственной вентиляции легких; в распоряжение бригад скорой медицинской помощи поступят портативные аппараты искусственной вентиляции легких. Это оборудование позволит врачам своевременно диагностировать ухудшение состояния пациентов с осложнениями гриппа и ОРВИ и в полном объеме оказывать им медицинскую помощь. Общая стоимость оборудования составила около 303 тыс. гривен.

В АР Крым продолжается обновление материально-технической базы больниц

По сообщению пресс-службы Совета Министров АР Крым, в феврале в крымские учреждения здравоохранения продолжает поступать новое медицинское оборудование, приобретенное за счет средств республиканского бюджета благодаря дополнительным финансовым поступлениям в 2009 г.

Так, 3 февраля новое оборудование на сумму около 400 тыс. грн получили лечебно-профилактические учреждения Симферопольского районного территориального медицинского объединения. В мероприятии, проходившем в центральной районной клинической больнице, приняли участие председатель Совета Министров АР Крым Виктор Плакида, заместитель министра здравоохранения автономии Олег Стеблій, председатель Симферопольской районной госадминистрации Виктор Павлов, начальник Симферопольского районного территориального медицинского объединения Владимир Митько, а также главные врачи и медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений.

Все 13 сельских врачебных амбулаторий Симферопольского района получили новые электрокардиографы, Гвардейская районная больница – дефибриллятор. Материально-техническая база центральной районной больницы пополнилась аппаратом для искусственной вентиляции легких, двумя дефибрилляторами и другим оборудованием, применяющимся при проведении сердечно-легочной реанимации.

Отмечая высокий профессионализм симферопольских районных врачей, О. Стеблій подчеркнул, что новое современное оборудование окажет им неоценимую помощь в диагностике, неотложной медицинской помощи и интенсивной терапии. По его словам, все оборудование и санитарный автотранспорт закуплены на средства, дополнительно выделенные из республиканского бюджета в конце 2009 г. (25 млн грн). Это существенное укрепление технической базы отрасли здравоохранения в условиях недостаточного государственного финансирования. Председатель Совета Министров автономии отметил, что в 2010 г. необходимо вернуться к финансированию программы социально-экономического развития Крыма до 2017 г., принятой в августе 2007 г., что позволит увеличить финансовую поддержку здравоохранения.

Медики будут дарить сердца детям

С 13 по 27 февраля в г. Харькове в рамках международного проекта «Подари ребенку сердце» специалисты отделения кардиохирургии Института общей и неотложной хирургии АМН Украины и 18 врачей из США, Великобритании, Австралии и Португалии в составе интернациональных операционных бригад проведут сложные операции детям, страдающим врожденным пороком сердца. Проект осуществляется при поддержке Харьковского городского благотворительного фонда Юрия Сапронова, Международного фонда International Children's Heart Foundation и Института общей и неотложной хирургии АМН Украины.

Акция «Подари ребенку сердце» является одной из составляющих Программы помощи детям с врожденными пороками сердца, которая претворяется в жизнь уже семь лет. В Институте общей и неотложной хирургии отремонтированы помещения операционной и палат, постоянно приобретается современная аппаратура, запущено сложнейшее медицинское оборудование, позволяющее осуществлять вмешательства при тяжелых патологиях сердца. Специалисты этого учреждения получили возможность работать на достойном техническом уровне. За все время действия Программы детям Харькова и области на бесплатной основе проведено более 250 операций на сердце.

Подготовила Катерина Котенко

Значение четких критериев для постановки диагноза при наличии неспецифических клинических симптомов

Мужчина 58 лет поступил в стационар с жалобами на ощущение утренней скованности и боль в плечевом, локтевом, лучезапястном, коленном суставах и суставах стоп, возникшую 6 мес назад; периодическую отечность в области суставов; резкое снижение веса; лихорадку с профузным потом, кровохарканье, ринит. В течение последних 6 мес отмечается периодическое снижение слуха. Две недели назад больной обнаружил появление язвы на спинке языка и в области правого локтевого сустава.

**Объективный осмотр**

Обнаружена язва размером 2x3 см (рис. 1) в области локтевого сустава правой руки и две язвы небольших размеров на левой половине спинки языка; наблюдается отечность в области второго, третьего и четвертого пястно-фаланговых суставов правой руки и левого коленного сустава. Анализ мочи: отмечаются следы белка и эритроциты в моче.

Вопросы:

1. С чем следует проводить дифференциальную диагностику заболевания у данного пациента?
2. Какие исследования необходимо провести для постановки диагноза?

Продолжение на стр. 57.



Первый и единственный выбор для защиты миокарда от ишемии на уровне кардиомиоцита



- ✓ Эффективно защищает от приступов стенокардии¹
- ✓ Сохраняет жизнь пациентов со стабильной стенокардией²



Рекомендован Европейским обществом кардиологов³ и Ассоциацией кардиологов Украины⁴



www.servier.ua

Официальный партнер Ассоциации кардиологов Украины. Мировой лидер исследовательских и образовательных программ в кардиологии

Сервье-Україна: г. Київ, ул. Воробейського, 24. Тел.: (044)490-34-41. НРА/3704/02/01. За повною інформацією звертайтесь до інструкції для медичного застосування

1. Glezer M.G., Deev A.D. Eur Heart J. 2007; 28 (Abst Suppl): 770. 2. Iyengar S., Rosano G. Am J Cardiovasc Drugs. 2009; 9 (5): 293-297. 3. ESC guidelines on the management of stable angina pectoris. Eur Heart J. 2006; 27: 1341-1381. 4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. – К.

Значение четких критериев для постановки диагноза при наличии неспецифических клинических симптомов

Продолжение. Начало на стр. 20.

Ответы

1. Необходимо провести дифференциальный диагноз с такими заболеваниями, как системный васкулит, ВИЧ, гепатит В и С, эндокардит, ревматоидный артрит и злокачественное новообразование.

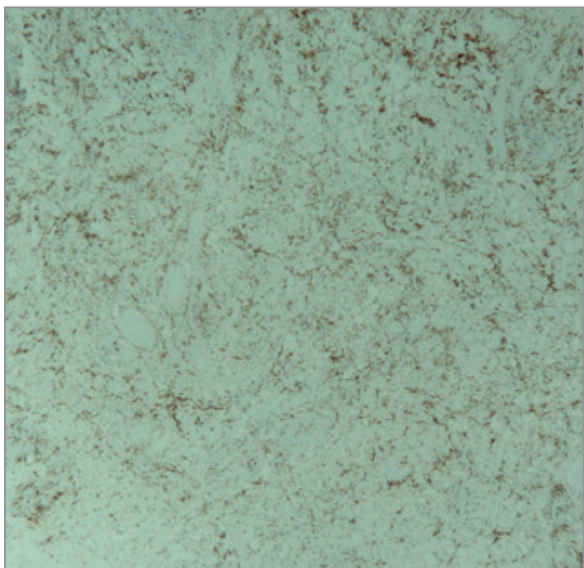
2. Для постановки диагноза следует провести анализ крови, иммунологические тесты, биопсию кожных язв, биопсию слизистой оболочки носа, рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки.

Результаты анализов

Анализ крови: повышена скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 59 мм/ч, уровень С-реактивного белка – 104 мг/л.

Функция почек не нарушена; суточная потеря белка немного повышена – до 0,55 г/сут.

Иммунологические тесты: определяются антинейтрофильные цитоплазматические антитела с титром 1/1024, реагирующие с протеиназой-3.



В **мазке**, взятом в области язвенного поражения, определяются стафилококки и стрептококки группы В. Выявлено наличие стафилококка в крови.

Биопсия: изъязвление кожи с появлением грануляционной ткани, соответствующей гранулематозному кольцу. Дерма отечна, с диффузными воспалительными изменениями и разбросанными многоядерными гигантскими клетками (рис. 2).

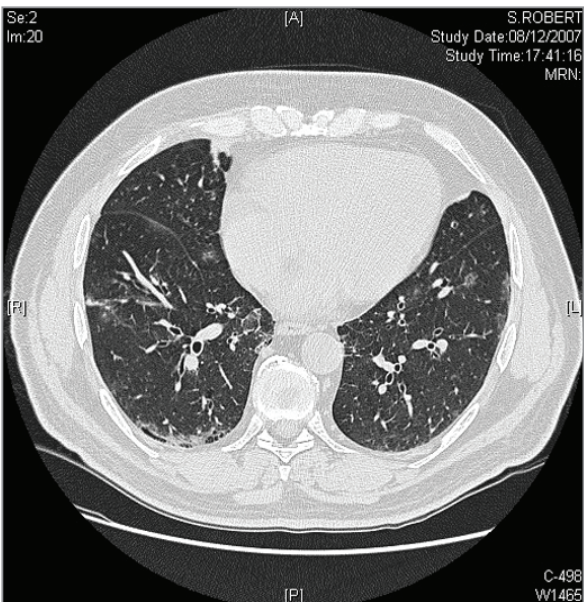
Рис. 2. Микроскопия кожи в области язвы правого локтевого сустава



Биопсия слизистой оболочки носа: признаков васкулита не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: определяется затемнение у основания обоих легких, более выраженное слева (рис. 3).

Рис. 3. Рентгенография органов грудной клетки



Компьютерная томография органов грудной клетки: наблюдается затемнение легких по типу матового стекла (повышение плотности легкого без потери дифференциации сосудов) (рис. 4).

Учитывая низкое содержание белка в моче и отсутствие нарушений функции почек, от проведения биопсии почек отказались.

Рис. 4. Компьютерная томография органов грудной клетки

Вопрос

Каков окончательный диагноз у пациента?

Ответ

У пациента гранулематоз Вегенера – системный некротизирующий васкулит. Диагноз заболевания подтверждается:

- результатами клинического обследования;
- наличием антинейтрофильных цитоплазматических антител, что в 99% является специфичным признаком первичных системных васкулитов;
- данными биопсии (кольцевидная гранулема (granuloma annulare) является гистологическим признаком гранулематоза Вегенера).

Обсуждение результатов

Системный васкулит может манифестировать множеством симптомов, поэтому тщательный сбор анамнеза заболевания и комплексная диагностика у пациентов с подозрением на данную патологию являются чрезвычайно важными и зачастую позволяют выявить нарушения, о которых пациент не упомянул, считая их либо не связанными с заболеванием, либо не имеющими значения. Обследование должно быть направлено на установление возможных причин заболевания, а также на определение распространенности поражения и вовлечения в патологический процесс органов, что и будет предопределять выбор метода лечения.

Гранулематоз Вегенера – относительно редкое заболевание. Это гранулематозно-некротизирующий системный васкулит, при котором поражаются мелкие и средние кровеносные сосуды; при этом процесс сопровождается продукцией антинейтрофильных цитоплазматических антител. Изначально считалось, что при этом заболевании поражаются верхние и нижние отделы респираторного тракта и почки, однако на сегодняшний день известно, что в патологический процесс могут вовлекаться все системы и органы. Чаше заболевание встречается в среднем возрасте, преимущественно у мужчин [2, 3].

Патогенез гранулематоза Вегенера до конца не выяснен. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела могут запускать каскад реакций, при которых активируется протеиназа-3. Также большое значение в патогенезе заболевания имеет генетическая предрасположенность и воздействие факторов окружающей среды.

При проведении гистологического исследования определяются признаки гранулематозного воспаления с некрозом и васкулитом в пораженном органе [2].

Признаками гранулематоза Вегенера являются:

- со стороны ЛОР-органов – образование корок в носу, кровянистые выделения из носа, язвы в носовой и полости рта, синусит, хрипота, стридор (свистящее дыхание) и снижение слуха;
- со стороны дыхательной системы – одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке;
- со стороны мочевыделительной системы – гломерулонефрит, гематурия;
- со стороны опорно-двигательного аппарата – миалгия, артралгия;
- неспецифичные признаки – общая слабость, апатия, лихорадка, ночная потливость, снижение веса;

- рентгенологические признаки – наличие узелков и затемнений.

Критерии диагностики гранулематоза Вегенера Американского ревматологического колледжа включают:

- воспалительные явления в ротовой или носовой полости;
- патологические изменения на обзорной рентгенографии грудной полости;
- гематурию с/без наличия эритроцитарных цилиндров;
- гранулематозное воспаление при биопсии.

Наличие двух или более из этих критериев свидетельствует в пользу гранулематоза Вегенера с чувствительностью 88% и специфичностью 92% [2].

Положительный результат анализа на наличие цитоплазматических антинейтрофильных антител отмечается у 90% пациентов с гранулематозом Вегенера [4]. Однако при выборе диагностического метода предпочтение следует отдавать проведению биопсии тканей, поскольку чувствительность определения антинейтрофильных антител составляет всего 66% [5, 6]. Учитывая высокую инвазивность биопсии легкого или почки, желательнее осуществлять гистологическое исследование тканей носовой полости.

Терапия гранулематоза Вегенера зависит от обширности поражения. В случае системного поражения и вовлечения в процесс легких или сердца необходимо назначение стероидов и иммуносупрессивной терапии. Одним из препаратов, применение которых позволяет достичь ремиссии, является циклофосфамид. Нельзя откладывать назначение терапии до момента уточнения диагноза, поскольку гранулематоз Вегенера – тяжелая патология, которая в отсутствие лечения сопровождается высоким уровнем смертности [7], тогда как при использовании цитотоксических препаратов восьмилетняя выживаемость составляет около 80% [6].

Литература

1. Barksdale S.K., Hallahan C.W., Kerr G.S., Fauci A.S., Stern J.B., Travis W.D. Cutaneous pathology in Wegener's granulomatosis. A clinicopathologic study of 75 biopsies in 46 patients. Am J Surg Pathol 1995; 19: 161-72.
2. Lamprecht P., Trabandt A., Gross W.L. Clinical and immunological aspects of Wegener's granulomatosis and other syndromes resembling WG. Israel Med Assoc J 2000; 2: 621-6.
3. Uppal S., Saravanappa N., Davis J.P., Farmer CKT, Goldsmith D.J. Pulmonary Wegener's misdiagnosed as malignancy. BMJ 2001; 322: 89-90.
4. Hoffman G.S., Specks U. Antineutrophil cytoplasmic antibodies. Arthritis Rheum 1998; 41: 1521-37.
5. Hoffman G.S., Langford C. Wegener's granulomatosis. Thorax 1999; 54: 629-37.
6. Hoffman G.S., Kerr G.S., Leavitt R.Y., Hallahan C.W., Lebovics R.S., Travis W.D., et al. Wegener's granulomatosis: an analysis of 158 patients. Ann Intern Med 1992; 116: 488-98.
7. Blundell A.G., Rowe S. Wegener's granulomatosis presenting as pleural effusion. BMJ 2003; 327: 95-6.

Подготовила **Ольга Татаренко**