

Медицинская

10 сентября 2014 г.
среда
№ 67 (7492)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Новые подходы

У дирижёров – военная выправка

Тон в лечении тяжёлых сочетанных травм задают уволенные в запас офицеры



В Петербурге тяжёлые сочетанные травмы, сопровождающиеся травматическим шоком, ежегодно укладывают на больничную койку примерно 2 тыс. человек. В большинстве случаев к политравме (повреждениям нескольких областей тела, в том числе головы, позвоночника, конечностей, таза) приводят дорожно-транспортные происшествия.

История госпитализации по «скорой» 35-летнего пациента С. в городскую больницу Святой преподобномученицы Елизаветы типична. Находясь на пассажирском сиденье легкового «авто»,

Главный врач профессор Евгений Гуманенко, заведующие отделениями, кандидаты медицинских наук Валерий Ганин и Александр Разумейко за обсуждением тактики лечения 35-летнего петербуржца С., пострадавшего в автомобильной аварии

управление которым на скользкой дороге потеряла его супруга, петербуржец получил тяжёлый ушиб головного мозга, повреждение грудины, включая ушиб мягкотканого компонента, множественные переломы рёбер, ключицы, а также бедра. В течение золотого часа он поступил в операционное отделение для противошоковых мероприятий, а потом был переведён в отделение сочетанной травмы, где работающие бок о бок хирурги и травматологи опре-

делили два ведущих патогенетических фактора политравмы, два ведущих повреждения – тяжёлая травма груди и бедра. Для их устранения врачи в срочном порядке выполнили внеочаговую фиксацию множественных переломов рёбер (рёберный клапан) и множественных переломов бедра стержневыми и спицевыми аппаратами комплекта КСТ.

(Окончание на стр. 6.)

Перемены

Вышли на «полные» обороты

Символический ключ вручён недавно сотрудникам детского гематологического центра, который расположен на территории Брянской областной детской больницы.

Строительство его началось ещё в 2007 г. Первых пациентов здесь приняли год назад, и с тех пор центр работает в так называемом тестовом режиме. Сейчас же тут приступили к оказанию высокоспециализированной медицинской помощи в полном объёме. А созданные условия и возможности для работы специалистов

и лечения маленьких пациентов такие, каким могут позавидовать во многих регионах России.

Детей с онкозаболеваниями принимают теперь в круглосуточном и дневном стационарах, используют для диагностики самый современный компьютерный томограф. Работает отделение реанимации, открыто также отделение гематологии, онкологии и химиотерапии. В поликлинике организованы ежедневные консультативные приёмы детских гематолога и онколога.

Стоимость и оснащение этого

лечебного учреждения здравоохранения обошлась бюджетам разных уровней в 750 млн руб. Средства поступали в основном из федеральной и областной казны, около 70 млн руб. перечислили на специальные счета спонсоры и жители области.

Отныне онкобольные дети, а их на Брянщине около 300, смогут получать здесь высококласную медицинскую помощь.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Дежурный по номеру: Николай ЛЫСОВ

Ректор Самарского Медицинского института «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор, почётный работник высшего профессионального образования РФ.

Стр. 13.



События

Родина навсегда

Появлению на свет одновременно двух малышей на днях, похоже, обрадовалось всё взрослое население миллионного Омска. Хотя, казалось бы, в этом нет ничего особенного.

Город на Иртыше по показателю рождаемости – ведущий в Сибирском федеральном округе. Рождаемость в областной столице и сельских районах ежегодно увеличивается минимум на 5%. Только с января по июль, например, в медучреждениях родовспоможения региона путёвку в жизнь получили свыше 14,5 тыс. младенцев. На 681 больше, чем за ана-

логичный период прошлого года. И два новорождённых на статистику повлияют незначительно.

Однако мальчики родились в семьях вынужденных переселенцев из Украины. Один в городском роддоме № 6, другой – в перинатальном центре Омской областной клинической больницы. На днях малышей вместе с мамами выписывают. И как бы ни сложилась их жизнь в дальнейшем, родиной им стал и навсегда останется сибирский город России Омск.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Эндопротезисты из Кемерово показывают высокий класс работы

Стр. 4

Что сегодня особенно не хватает пожилым людям?

Стр. 7

Конспект врача. Плеврит: парапневмонический выпот. Общие положения о плевропневмонии

Стр. 8-9

Радикально новые возможности в профилактике инсульта

Стр. 12

Средства психиатрии – от Средневековья до наших дней

Стр. 15

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОНАТОЛОГИИ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

К началу августа бесплатную помощь с использованием высоких медицинских технологий получили свыше 5 тыс. жителей Кемеровской области, в том числе 1754 – в рамках квот, «погружённых» в систему ОМС. Это примерно треть от плана на год. Однако врачи уверены, что все объёмы будут выполнены в срок: на то, чтобы внедрить и «раскатать» новую систему, всегда требуется время.

Не просто быстро, а очень быстро

Кемеровчанин Евгений Н. – сторонник активного образа жизни. В молодости работал на буровой, увлекался спортом, рыбалкой, охотой. Года три назад его начала беспокоить боль в тазобедренном суставе, которая со временем усилилась. Появилась хромота. Когда совсем прижимало, спасался обезболивающими уколами. А в мае этого года 52-летний мужчина решил наконец обратиться в поликлинику по месту жительства.

Там ему предложили пройти обследование и встать в очередь на эндопротезирование. Травматолог-ортопед Алексей Барашов, консультировавший Евгения в диагностическом центре Кемерово, оказался врачом горбольницы № 11. Он подтвердил необходимость вмешательства и предложил оперироваться у них в медучреждении: с этого года муниципальная ГКБ № 11 вошла в число 18 кузбасских больниц, получивших право на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи.

По нормативам от постановки в очередь на высокотехнологичное лечение за счёт средств ОМС до госпитализации больного в стационар должно пройти не более 30 дней. Евгения прооперировали через 2 недели. А ещё недавно кузбассовцам приходилось ждать федеральной квоты на подобные операции от 8 месяцев до нескольких лет.

Взаимное везение

Когда на федеральном уровне только заговорили о переводе высоких медицинских технологий на финансирование из системы ОМС, скептики предсказывали, что страховые тарифы на «погружённые» виды помощи будут ниже тех, которые ранее обеспечивались бюджетом. И что из-за этого региональные больницы начнут закупать более дешёвые технологии, а больные станут получать помощь невысокого качества...

– Евгению установлен эндопротез, расчётный срок службы которого составляет 20-25 лет, – поясняет лечащий врач пациента Алексей Барашов. – Для

искусственного тазобедренного сустава это очень неплохо, особенно если учесть, что и родные суставы не вечные. Смысл эндопротезирования в том, чтобы устранить болевой синдром, восстановить функции конечности и объём движений и тем самым повысить качество жизни пациента. Но технически грамотно выполнить операцию – ещё полдела. Незавершённый процесс реабилитации может скомпрометировать сам метод лечения.

– Вовлекать пациента в ре-

он сможет вести привычный образ жизни. Например, лыжи и бассейн после такой операции показаны. Правда, бег и занятия тяжёлой атлетикой – нет. Нельзя будет закидывать ногу на ногу – чтобы не расшатать и не вывихнуть эндопротез. Но всё это не такая уж высокая плата за качество жизни, за жизнь с полной опорой.

Докторам ГКБ № 11 с Евгением тоже повезло: настроенный на скорейшее выздоровление, он неукоснительно соблюдает все их рекомендации.

думаю, скоро всё образуется, врачи на местах понемногу привыкают к тому, что дорогостоящая помощь действительно стала доступнее. А пока наши доктора сами выезжают в северные территории области, проводят отбор пациентов в местных больницах. В течение этого года мы должны выполнить в общей сложности 40 эндопротезирований. Задача вполне реальная.

Любопытно, что самое первое эндопротезирование тазобедренного сустава в ГКБ

меняется. Повышается самооценка специалистов, растёт профессиональный уровень. Начинается здоровое соперничество между отделениями. Их коллеги приходят и говорят: «А давайте мы тоже что-нибудь новое внедрим, не операцию, так лекарственную методику».

К слову сказать, такая позиция ГКБ № 11 оправдала себя, когда Департамент здравоохранения Кемеровской области стал решать, каким больницам доверить оказание высокотехнологичной помощи в системе

Ориентир

Жизнь с полной опорой

Такую возможность дают своим многострадальным пациентам кемеровские эндопротезисты



Идёт операция эндопротезирования в ГКБ № 11

абилитационные мероприятия мы начинаем уже в первые сутки после вмешательства, – уточняет заведующая отделением восстановительного лечения ГКБ № 11 Любовь Левина. – На стационарном этапе важно предупредить послеоперационные осложнения и тугоподвижность в оперированном суставе, создать условия для скорейшего заживления травмированных тканей. Мы учим пациентов дозировать нагрузку и соблюдать двигательный режим. Через 3 месяца после операции человек может ходить уже с полной опорой на пролеченную ногу. В дальнейшем

Оправданный расчёт

– Организация потока больных, которые нуждаются в эндопротезировании, – это сегодня едва ли не главная наша проблема, – считает директор ГКБ № 11 Александр Самсонов. – Думаю, с ней сталкиваются и другие муниципальные больницы, которые с нынешнего года стали оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь в системе ОМС. В тех медучреждениях Кузбасса, которые работали по квотам ранее, процесс уже отлажен. А мы пока очень зависим от поликлиник, которые начали вникать во всё недавно. Но я

№ 11 провели ещё в мае 2010 г. И хотя для пациента та операция тоже была бесплатной, больница на ней ничего не заработала. Более того: сама «вложила» в развитие новой для себя технологии, купив недорогой эндопротез на средства, вырученные от платных услуг. А их в медучреждении со статусом областного центра медико-социальной помощи населению по определению немного...

– Мы сознательно пошли на это, – уточняет директор Самсонов. – Когда врачи начинают осваивать что-то новое, то и отношении к работе в целом

ОМС. В этом году в перечень, как уже было сказано, вошли 18 учреждений. Заявок было подано больше, но предпочтение отдали тем, кто уже имел лицензию на ВМП и опыт работы. Выполнив план по эндопротезированию, ГКБ № 11 дополнительно получит за год около 2,5 млн руб. чистого дохода. Средства пойдут на зарплату коллектива и развитие самого учреждения.

Чтобы обеспечить взаимозаменяемость врачей в случае отпуска, командировки или болезни, больница проспециализировала по эндопротезированию не одного, а четверых докторов. Травматолог-ортопед Евгений Ешин, например, ездил на стажировки в Германию, Австрию и Гонконг.

– В Азии врачи более жёстко следуют стандартам, не предполагающим каких-либо отклонений в операционных методиках. А в ведущих клиниках Европы хирург может солировать на операции, чем-то дополнить методику, внести что-то своё. Это уже – поэзия хирургии, – замечает Евгений Ешин...

В завершение нельзя не сказать, что высокотехнологичная медицинская помощь за счёт ОМС в Кузбассе оказывается по 18 профилям. Среди них наиболее востребованы такие, как сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия, онкология, ревматология, неонатология.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.

Сотрудничество

Войти в «Безопасное сообщество»

В городе Шенкурске Архангельской области стартовал новый совместный российско-норвежский проект «Муниципальный регистр травм и профилактика травматизма».

Его долгосрочная перспектива – сделать Шенкурск первым в России городом со стату-

сом «Безопасное сообщество» (Safe Community), входящим в развитую международную сеть безопасных сообществ ВОЗ.

Идейным вдохновителем и координатором проекта в России стал декан мединского факультета врача общей практики Северного государственного медицин-

ского университета Александр Кудрявцев. Проект реализуется совместно с Норвежским институтом общественного здравоохранения (руководитель проекта – старший советник НИОЗ Андрей Гржибовский) и финансируется грантом Министерства здравоохранения и социального обеспечения Норвегии.

Сотрудничающие стороны убеждены в том, что реализация проекта позволит снизить количество травм и повысить качество жизни северян. На первом этапе, необходимом для получения статуса «Безопасное сообщество», в Шенкурске будет воссоздан успешный опыт норвежского города Харстад

по созданию регистра травм и разработке на основе его данных эффективной городской профилактической программы. Успешная реализация проекта в Шенкурске позволит использовать полученный опыт и в других регионах России.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Малоинвазивность, способность зафиксировать зону перелома без травматизации сосудов и нервов, прочие преимущества комплекта сочетанной травмы – а именно так расшифровывается аббревиатура КСТ – в особенности хорошо знакомы специалистам из С.-Петербурга и Ленинградской области. Потому что разрабатывался тот на кафедре военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Отлично зарекомендовал себя набор для стержневой фиксации трубчатых и тазовых костей при открытых переломах, сочетанных травмах и ранениях в ходе первой и второй кавказских войн. Тогда главный автор изобретения генерал-майор медицинской службы Евгений Гуманенко занимал должность заместителя главного хирурга Вооружённых сил РФ по военно-полевой хирургии, и он сумел внедрить его в медицинское обеспечение войск.

Пройдя широкую апробацию в медицинских ротах и военных госпиталях, КСТ стал достоянием «гражданской» хирургии. Стоит ли удивляться, что, переступив по завершении военной службы порог одной из крупнейших многопрофильных больниц Петербурга – Елизаветинской в качестве её руководителя, Евгений Константинович встретил в техническом арсенале обоих травматологических отделений собственное «дитя»?

Именно на койках травматологических, хирургических, нейрохирургического и сосудистого отделений самого мощного лечебного стационарного комплекса города ещё в прошлом году оказывалась помощь пострадавшим с политравмой в результате аварии или, что реже, вследствие падения с высоты. Но сегодня группа больных с политравмой и механическими повреждениями грудной клетки, которые не имеют чёткого приоритета по тяжести, концентрируется в отделении сочетанной травмы. Учреждение такого отделения на 32 койки, четвёртого по счёту в Петербурге, – конечно, не очередное изобретение крупного российского специалиста, теоретика и практика в области хирургического лечения сочетанных травм, каковым является профессор Е.Гуманенко, но, во всяком случае, – весьма ценное «рационализаторское предложение» по спасению жизней пациентов, сделанное им на посту главного врача.

Когда в середине 70-х пришло понимание того, что ранениями, полученными в ДТП, имеющими частую множественность и сочетанный характер, должны заниматься специалисты разного профиля, в ряде крупных городов СССР стали организовываться отделения сочетанной травмы (ОСТ). Пионерами выступили ленинградцы. На протяжении 10 лет первое в стране ОСТ, которое было создано в клинике военно-полевой хирургии ВМА, возглавлял не кто иной как Евгений Гуманенко. Уже тогда специалисты единодушно признали: показатели работы новообразованных структур оказываются намного лучше в сравнении с результатами обычных травматологических и хирургических отделений, куда тяжело пострадавшие переводились после оказания ре-

нимационных пособий. Снижалась летальность, особенно поздняя, врачебному персоналу удавалось более успешно лечить осложнения, медицинские сёстры быстро набирали опыт ухода за такими больными, так как соприкасались с ними не эпизодически, а изо дня в день.

Отчего же на том позитиве отделения сочетанной травмы не народились в нашей стране с такой же поспешностью, как появляется из грибниц молодая поросль после дождя? Ведь и поныне открытие каждого такого отделения даже в

с их выросшим как на дрожжах техническим потенциалом в последние годы, наверное, по плечу создание и отделения экстренной помощи, и отделения сочетанной травмы, наличие которых априори предусматривает современная логистика ведения «дэтэпэшных» пациентов. При этом, однако, далеко не каждое могучее плечо готово раззудиться. Почему?

– Очень трудно найти людей, истинно первоклассных специалистов разного профиля, могущих составить единый слаженный оркестр, подчинив свои амбиции

ские хирурги свято придерживаются этого тезиса, выдвинутого генерал-майором медицинской службы профессором Александром Беркутовым, который в 1960 г. на базе возглавляемой им клиники военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии создал первое в СССР реанимационное отделение для лечения тяжёлых травм, а спустя год – первую в стране и вторую в мире лабораторию шока и терминальных состояний. Именно многопрофильная операционная становится той площадкой, в пе-

К своим преимуществам «елизаветинцы» относят эффективное лечение ран кожных покровов и мягких тканей, которое достигается применением системы вакуумной аспирации, различных методик пластического закрытия дефектов. Результативной в подавляющем большинстве случаев оказывается и помощь при огнестрельных переломах. Понятное дело, почему: врачи отделения сочетанной травмы владеют недюжинным опытом ведения таких пострадавших в ходе локальных военных конфликтов и антитеррористических операций.

Новые подходы

У дирижёров – военная выправка



Больница Святой преподобномученицы Елизаветы – четвёртый в северном мегаполисе стационарный лечебный комплекс, куда стекаются пациенты с тяжёлой сочетанной травмой

больших городах возводятся медицинскими управленцами в ранг значительного события!

– Механистический подход при тиражировании подобных подразделений неприемлем, в этот-то всё и дело, – отвечает на вопрос главный врач городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы. – В каждом лечебном учреждении с претензиями на ОСТ должны сложиться условия, и это – помимо присутствия мотива. Ну а мотивом для нашего учреждения как травмоцентра первого уровня явилось участие в Федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения». Финансовые поступления мы обратили в противошоковую операционную, позднее усовершенствованную за наш собственный счёт. Затем по линии модернизации регионального здравоохранения состоялось серьёзное усиление материально-технической базы больницы современными лечебно-диагностическими комплексами.

Сегодня российским больницам, крупным по крайней мере,

воле дирижёра, – продолжает Евгений Гуманенко. – Вот у нас такие «спецы» имеются, большинство из них – выходцы из клиники военно-полевой хирургии ВМА. А дирижёров, то есть лидеров, даже двое. Это, прежде всего, заведующий отделением сочетанной травмы, травматолог-ортопед Валерий Николаевич Ганин, глубоко знающий не только физиологию высокоэнергетических повреждений, но и организацию мультидисциплинарной трудоёмкой работы по спасению жизней пострадавших, а также заведующий операционным отделением для противошоковых мероприятий хирург Александр Владимирович Разумейко. Оба в недавнем времени – старшие офицеры, в послужном списке «горячие» или весьма отдалённые точки, оба имеют учёную степень кандидата медицинских наук. На мой взгляд, они были лучшими кандидатами в руководители ещё не сформированных, но задуманных подразделений, и я без раздумий пригласил их в больницу.

Операция есть главное противошоковое мероприятие. Петербург-

риметре которой одновременно производится инструментальное обследование, интенсивная терапия и хирургическое лечение.

После относительной стабилизации состояния пострадавшему выполняются малотравматичные операции, с тем, чтобы предупредить развитие ранних осложнений. Перво-наперво – на органах брюшной полости и грудной клетки, во вторую очередь – на черепе и головном мозге, замыкают очерёдность хирургические вмешательства на конечностях. В зал реанимации и интенсивной терапии больной поступает с полностью устранёнными источниками кровотечения и других жизнеугрожающих состояний. В Елизаветинской больнице её главный врач каждый понедельник навещает в реанимацию к пациентам с сочетанной травмой, где и проводит тщательный разбор каждого.

Есть у «хирургического оркестра» с военной выправкой и другие отличительные особенности. Здесь, как, впрочем, и в ВМА, внедрён алгоритм оказания помощи при тяжёлых сочетанных повреждениях лица с низким артериальным давлением. Команда виртуозов под управлением Валерия Ганина сумела полностью охватить такой пласт лечебной работы, как повреждения таза, занимаясь оперативным лечением сложных переломов костей таза и вертлужной впадины с использованием малотравматичных хирургических доступов и современных малоинвазивных методик, моментальной коррекцией и фиксацией застарелых повреждений и деформаций тазового кольца. В почёте у хирургов технологии микроинвазивных инъекционных способов остеосинтеза переломов крестца и переднего отдела таза, а также метод дистантного остеосинтеза переломов его заднего отдела, многократно повышающий стабильность фиксации по сравнению с традиционными способами.

Сегодня условия пребывания больных и работы медицинского персонала в специализированном центре по лечению политравмы близки к идеальным. Высочайшее качество недавней реконструкции площадей, на которых разместились операционное отделение для противошоковых мероприятий и отделение сочетанной травмы, а также их техническая «упакованность» вкупе с современной мебелью вызывают восторг у всякого посетителя: «Вот это хоромы!..»

Многофункциональные кровати немецкого производства обеспечивают реабилитацию на ранних сроках, поскольку туловищу, верхним и нижним конечностям лежачего больного легко придать разное положение, любой угол высоты. В «сочетанной травме» к услугам врачей и их помощников, помимо стильной раздевалки и душа, отведена просторная комната отдыха с панорамным видом. Там же, в отделении установлены следящие видеосистемы, изображения выводятся на пост дежурной медицинской сестры.

Когда «постовая», завидев главного врача больницы и его окружение ещё в дальних подступах к реанимационному залу, поднимается и заранее вытягивается чуть ли в струнку, это не от того, что в гражданской медицинской организации установлены армейские порядки. Вовсе нет. Это – от уважения к «военной косточке», носителю которой, придя в городскую больницу Святой преподобномученицы Елизаветы, принесли с собой выстроенную идеологию оказания хирургической помощи при тяжёлых сочетанных травмах, усовершенствовали и реализовывают её.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Фото автора
и Татьяны ПОБЕРЕЖНОЙ.

ЧП

Приволжским следственным управлением на транспорте Следственного комитета РФ проводится доследственная проверка по факту смерти 50-летней жительницы Республики Башкортостан, летевшей рейсом Анталья – Уфа.

25 августа 2014 г. в 13 часов 40 минут местного времени от экипажа самолёта Аэробус 321 (авиакомпания «SVR»), выпол-

Трагедия в аэропорту

нявшего рейс № 1018 сообщением Анталья – Уфа, поступила информация о том, что на борту находится женщина в тяжёлом состоянии.

В 13 часов 50 минут воздушное судно произвело посадку в аэропорту Уфа, на стоянку № 8, где на борт воздушного судна с целью

оказания медицинской помощи поднялась фельдшер здравпункта ОАО «Международный аэропорт Уфа». Больная была сразу доставлена в здравпункт, куда была вызвана реанимационная бригада скорой помощи. Прибывшая «скорая» незамедлительно произвела комплекс реанимационных меро-

приятий, которые результата не дали и женщина скончалась.

При этом муж погибшей рассказал, что супруге стало плохо со здоровьем на отдыхе. У неё открылось носовое кровотечение. Однако в медицинской помощи в Анталья ей отказали. После этого они решили в срочном по-

рядке вернуться на родину. Но спасти его жену, к сожалению, башкирским медикам не удалось. Однако, в отличие от Шереметьево, где на днях произошла ещё одна трагедия с молодым парнем, возвращавшимся домой с отдыха в Испании, в Уфе скорая помощь не заставила себя долго ждать.

Артем ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Уфа.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 61 (1828)

У больных, переносящих пневмонию, выпот в плевральную полость является достаточно частой клинической проблемой. В отечественной литературе описание плеврита при пневмонии приводит С.П.Боткин в своих лекциях, посвящённых крупозной пневмонии. Он описал поражение висцерального и париетального листков плевры. Так, он обратил внимание своих слушателей на поражение висцерального листка плевры в начальной стадии пневмонии. На этом этапе врач может услышать характерный шум трения плевры; больной же человек в это время жалуется на боли при дыхании, которые усиливаются на высоте вдоха (колотьё в груди). В последующие дни, когда жидкость начинает депонироваться в плевральной полости, шум трения плевры исчезает, и больные перестают жаловаться на острую боль при дыхании. Шум трения плевры возобновляется уже после того, как жидкость начинает рассасываться. С.П.Боткин дал классическое описание плеврита при пневмонии, указав на то, что он встречается у одной трети больных пневмонией. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что при бактериальной пневмонии у 40% больных встречается плеврит, а при пневмококковой пневмонии это наблюдается более чем в 60%. В большинстве случаев пневмоний, вызванных бактериальными возбудителями, плеврит подвергается обратному развитию под воздействием антибактериальной терапии. Выпот в плевральную полость можно классифицировать на три группы: неосложнённый, осложнённый плеврит и эмпиема плевры.

Неосложнённый плеврит относится к нейтрофильным экссудатам, которые формируются под воздействием воспалительного процесса висцеральной плевры и движения жидкости из интерстициального пространства в плевральную полость. Под воздействием антибактериальной терапии большинство парапневмонических плевритов подвергаются обратному развитию. При внешнем осмотре жидкость слегка мутная; её микробиологический анализ не выявляет роста микроорганизмов.

Осложнённый плеврит возникает в процессе инвазии микроорганизмов в плевральную полость. Эта фаза воспалительного процесса сопровождается увеличением числа нейтрофилов, снижением, по сравнению с сывороткой крови, концентрации глюкозы и ацидофикации депонированной в плевральную полость жидкости; чем ниже показатели рН плевральной жидкости, тем выше активность лактатдегидрогеназы.

Эмпиема плевры характеризуется депонированием в плевральной полости свободного гнойного содержимого. При проведении торакоцентеза плевральная жидкость при эмпиеме выглядит вязкой, содержит хлопко-подобную взвесь. Эмпиема была описана ещё Гиппократом, который указывал на неблагоприятное течение пневмонии при осложнении её течения эмпиемой. Он полагал, что если воспалительный процесс не разрешился в течение 2 недель, то необходимо исключить эмпиему плевры, и предложил дренаж плевральной полости. В последующие исторические периоды внимание было уделено технике хирургического дренирования, и только в конце прошлого столетия, благодаря усилиям R.Light, были сформированы диагностические критерии транссудата и экссудата.

Они основаны на показателях рН, содержании белка, концентрации глюкозы и активности лактатдегидрогеназы в плевральной жидкости и сыворотке крови; диагностическое значение придаётся содержанию белка в сыворотке крови и плевральной жидкости. Критерии Light вошли во все существующие международные клинические рекомендации и учебники по терапии и хирургии.

Этиология

Лидирующая роль в структуре причин, приводящих к развитию плеврита, принадлежит пневмонии. В большинстве случаев этиологией пневмонии является *Streptococcus pneumoniae*. В действительности пневмония любой природы – вирусная, бактериальная, грибковая – может осложниться развитием парапневмонического плеврита. Следует подчеркнуть, что этиология пневмонии оказывает влияние на частоту возникновения парапневмонического выпота. Так, при вирусных пневмониях и пневмониях, вызванных *Mycoplasma pneumoniae*, плеврит встречается гораздо реже, чем при бактериальной этиологии. При хирургических методах лечения эмпиемы её бактериальная природа превышает 70%. Травма грудной клетки часто осложняется посттравматической плевропневмонией, и у ряда больных развивается эмпиема плевры. Другими патологическими состояниями, которые могут осложниться

Плеврит: парапневмонический выпот. Общие положения о плевропневмонии

депонированием воспалительного экссудата в плевральной полости, могут быть: абсцесс печени, разрыв пищевода (травма грудной клетки, эзофагогастроскопия), медиастинит, остеомиелит, перикардит, холангит, дивертикулёз и др.

Антибактериальная терапия оказывает влияние на микробиологический пейзаж плеврального выпота. Доминирующую роль, в доантибактериальный период, играли *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*, на долю которых приходилось свыше 70%. В настоящее время анаэробные микроорганизмы играют заметную роль в развитии парапневмонического выпота. При микробиологическом исследовании плеврального выпота относительно часто высевается *Streptococcus milleri*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae species*, а также *Bacteroides* и *Peptostreptococcus*.

В клинической практике врачи чаще всего сталкиваются с большими аспирационной пневмонией (алкоголизм, больные с нарушением сознания). Этиологическая структура такой природы плеврита, как правило, носит смешанный характер и представлена как аэробными, так и анаэробными бактериями. С развитием кардиохирургии возникла новая проблема, связанная с эмпиемой плевры. Наиболее часто постоперационный период осложняется развитием левосторонней эмпиемы плевры, что отмечено после проведения аортокоронарного шунтирования. Возбудителями данной формы эмпиемы является *Staphylococcus aureus* и грамотрицательные бактерии (нозокомиальная инфекция). Другой причиной возникновения эмпиемы плевры является травма грудной клетки, которая осложняется инфекционным процессом. Сложная диагностика эмпиемы плевры возникает при таких патологических состояниях, когда инфицирование плевры происходит через ток крови (сепсис, септикопиемия). Выше обсуждалось, что эмпиема может возникнуть при разрыве пищевода, медиастините, абсцессе печени, холангите, дивертикулёзе, перикардите, остеомиелите и других состояниях.

Патофизиология выпота в плевральную полость

Выделяют три стадии: начальная стадия – это процесс выхода воспалительного

экссудата в плевральную полость; вторая – фибринозно-гнойная; и третья – стадия организации воспалительного экссудата в плевральной полости.

В период начальной стадии (экссудативная фаза) жидкость быстро скапливается в плевральной полости и носит стерильный характер; по своему составу она напоминает интерстициальную жидкость. Развитие экссудативной стадии плеврита связывают с повышенной проницаемостью капилляров висцерального листка плевры. Жидкость содержит небольшое количество нейтрофилов, активность лактатдегидрогеназы низкая и сопоставима с показателями сыворотки крови; в пределах физиологической нормы концентрация глюкозы и рН. Экссудат разрешается в ближайшие 2-5 дней от начала антибактериальной терапии.

Вторая стадия парапневмонического плеврита обозначена как фибринозно-гнойная. Эта стадия характеризуется инвазией бактерий в плевральную полость, что может быть установлено при бактериоскопии и микробиологическом исследовании экссудата.

Характерным признаком является аккумуляция полиморфноклеаров в экссудате, клеточный дебрис (debris). Жидкость

в 1996 г. число больных с эмпиемой составило 3,04 на 100 тыс., в 2004 г. их количество стало в 2 раза больше (5,98). Если стрептококковая этиология остаётся на прежнем уровне, то значительно возрастает роль *Staphylococcus aureus*. У значительного количества больных установить этиологию плеврита не удаётся.

На международном уровне отсутствуют обобщённые эпидемиологические данные. ВОЗ приводит данные глобальной статистики, согласно которым, пневмония является лидирующей причиной смерти среди инфекционных заболеваний человека. Ежегодно в мире от пневмонии умирает 4,2 млн человек. Эксперты ВОЗ высказываются о том, что основной причиной является поздняя обращаемость в лечебные учреждения и неадекватное лечение, назначаемое в первые 2 дня госпитализации больного с плевропневмонией. ВОЗ обращает внимание на серьёзность положения с диагностикой и лечением больных с пневмонией, и с 2011 г. проводится Всемирный день борьбы с пневмонией (1 ноября).

Смертность у больных с эмпиемой плевры превышает 11%, то есть она выше, чем у больных с инфарктом миокарда. Современная терапия и диагностика, особенно

плевральной полости имеет тенденцию к организации и септации. Биологическими маркерами этой стадии плеврита являются: рН менее 7,20, концентрация глюкозы менее 60 mg/dl и значительное повышение активности лактатдегидрогеназы, все параметры сопоставляются с аналогичными в сыворотке крови. Эту стадию характеризуют как бактериологическую, подчёркивая тем самым роль инвазии микроорганизмов, вирусов и грибов в плевральную полость.

Продолжительность второй стадии парапневмонического плеврита составляет от 5 до 10 дней.

Третья стадия парапневмонического плеврита характеризуется активной пролиферацией фибробластов; между париетальной и висцеральной плеврой образуются неэластичные тяжи. Плевральная жидкость носит вязкий характер, и если больной человек не получал соответствующего лечения, то гнойное содержимое плевральной полости может спонтанно дренироваться на поверхность грудной клетки. Необходимо подчеркнуть, что эмпиема плевры может развиваться и при отсутствии пневмонии, что может наблюдаться при разрыве пищевода, травме грудной клетки, сепсисе. Продолжительность третьей стадии составляет 2-3 недели.

Эпидемиология

Наиболее достоверные данные приводят в США. Ежегодно в лечебные стационары США поступает свыше 1,3 млн человек с диагнозом «пневмония». Приблизительно у 30-40% больных диагностируется парапневмонический выпот, как правило, пневмония вызвана бактериальной флорой и превалирует *Streptococcus pneumoniae*. Таким образом, свыше 500 тыс. больных страдают пневмонией, осложнённой парапневмоническим выпотом. Отсутствуют данные по распределению плеврита в зависимости от стадии патологического процесса. Однако около 10% больных нуждаются в том, чтобы было осуществлено дренирование плевральной полости вследствие её эмпиемы.

Если провести сравнительный анализ по эпидемиологии плевропневмонии, то можно утверждать, что число больных с плевропневмонией возрастает. Так, в

имидж-диагностика, позволили существенно снизить число смертей, причиной которых являлась плевропневмония. Следует подчеркнуть, что сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, алкоголизм и СПИД являются факторами риска неблагоприятного течения плевропневмонии. Особое внимание заслуживают климатические факторы. Так, в условиях Крайнего Севера пневмонии протекает более тяжело, чем в материковой части России. Эмпиема плевры может наблюдаться как среди детей, так и среди взрослых.

В России можно предполагать, что пневмония является одним из наиболее распространённых инфекционных заболеваний. Гипотетически более 1 млн человек в Российской Федерации переносят пневмонию. Уровень гипердиагностики и гиподиагностики пневмонии превышает 30%. В стационары страны ежегодно поступает свыше 300 тыс. больных с пневмонией, смертность стала превышать 10-11%.

Клиника

Клиническая манифестация плевропневмонии может носить острое начало, что характерно для аэробных микроорганизмов в то время как подострое начало болезни более характерно для анаэробных возбудителей. Если после стартовой антибактериальной терапии температура сохраняется более 2 суток, то необходимо исключить плеврит или же другие сопутствующие заболевания.

Бактериальная пневмония, вызванная аэробными возбудителями, характеризуется острым фебрильным началом, плевральной болью, лейкоцитозом, бронхиальный секрет носит гнойный характер. Необходимо исключить осложнённый плеврит.

Бактериальная пневмония, вызванная анаэробными возбудителями, как правило, имеет подострое начало. Необходимо обратить внимание на гигиену полости рта, злоупотребление алкоголем, пристрастие к наркотическим веществам, а также учесть и другие факторы риска аспирационной пневмонии. Симптомы пневмонического процесса персистируют свыше 7 дней. У этой категории больных часто отмечается снижение массы тела, анемия.

Физикальное обследование выявляет характерные признаки плевропневмонического процесса. У большинства пациен-

тов наблюдаются тахикардия и тахипное, часто клиническая картина дополняется развёрнутыми признаками системного воспалительного процесса. Выпот в плевральную полость характеризуется такими признаками, как ослабление дыхательных шумов, укорочение перкуSSIONного звука, снижение голосового дрожания. При скоплении большого количества экссудата в плевральной полости происходит смещение трахеи в контрлатеральную сторону. Над пневмоническим инфильтратом выслушиваются влажные хрипы, шум трения плевры, может наблюдаться эгофония.

Диагностика

Дифференциальный диагноз при плеврите проводится с целым рядом заболеваний: Voerhaave syndrome (разрыв пищевода), гемоторакс (чаще при травме грудной клетки), интраабдоминальный сепсис (панкреонекроз, деструктивный холецистит, холангит и др.), абсцесс лёгкого, рак лёгкого, плевродиния (плевроалгия), пневмококковая инфекция, пневмония (аспирационная, бактериальная, вирусная, грибковая), туберкулёз. Последний может играть одну из ведущих причин в местах эпидемической вспышки туберкулёза.

В современных рекомендациях в разделе по диагностическому алгоритму есть указания на лабораторные тесты, некоторые из них играют роль биологических маркёров в постановке диагноза, в принятии решения о выборе методов лечения и оценке эффективности проводимых лечебных мероприятий. У каждого больного пневмонией в затыжном фебрильном периоде необходимо исключать инфицирование плевральной полости. Рекомендуются произвести рентгенографию органов грудной клетки как в прямой, так и в боковой проекции. При небольшом объёме выпота в плевральную полость она лучше визуализируется на боковом снимке.

В настоящее время прибегают также к ультразвуковому исследованию плевральной полости; данный метод является наиболее чувствительным и специфичным, чем обычное рентгенологическое исследование. Под контролем УЗИ можно осуществить процедуру пункции плевральной полости. Среди обычных лабораторных тестов обращают внимание на лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, а также концентрацию С реактивного протеина. Следует стремиться к ранней диагностике плеврита и при необходимости – к хирургическому дренированию плевральной полости.

Программа лабораторных исследований жидкости, которая депонировалась в плевральную полость, включает цитологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Биохимическая программа лабораторной диагностики – это определение общего белка, рН, концентрации глюкозы и активности лактатдегидрогеназы как минимум. Исследование может быть расширено. Так, при подозрении на туберкулёз необходимо провести исследование концентрации интерферона-гамма, а на онкологию – поиск онкогенов. Все параметры биохимического анализа плеврального выпота оцениваются в сравнении с аналогичными в сыворотке крови. Эта часть диагностического алгоритма позволяет провести дифференциальный диагноз экссудата с транссудатом. Патогномоничными признаками эмпиемы являются рН около 7,0, низкая концентрация глюкозы (клетки воспаления утилизируют глюкозу в повышенном количестве), высокая активность лактатдегидрогеназы, что отражает процесс ацидозификации и воспаления в плевральной полости. Соотношение белка плевральной жидкости и сыворотки крови позволяет провести дифференциальный диагноз между транссудатом и экссудатом. При транссудате отмечаются референсные показатели глюкозы, лактатдегидрогеназы и рН.

Традиционно значительная роль в диагностике выпота в плевральную полость отводится рентгенологическим методам. Обращают внимание на такие признаки, как анатомическая линия купола диафрагмы, граница которой размыта; задний костоидиафрагмальный угол тупой, латеральный мениск хорошо визуализируется. Свободная жидкость хорошо просматривается как линия разделения лёгочной паренхимы и париетальной плевры (латеральная позиция). Если выявляется тупая форма костоидиафрагмального угла, то можно предполагать наличие свободной жидкости в

плевральной полости. Диагностический торакоцентез может быть проведён, если толщина жидкости превышает 10 мм.

В последние годы стали широко прибегать к ультразвуковому исследованию плевральной полости. Современная техника позволяет провести исследование у постели больного, дать большую характеристику количества жидкости, её локализации и целенаправленно провести торакоцентез. Особенным достоинством метода является то, что с его помощью можно дифференцировать инфильтрат от организованной жидкости плевральной полости, а также контролировать положение пункционной иглы по её расположению к диафрагме.

Компьютерная томография позволяет получить информацию об анатомических изменениях органов грудной клетки, размерах выпота в плевральную полость и её связи с близлежащими тканями органов грудной клетки.

Таким образом, диагностический алгоритм плеврального выпота включает последовательные этапы: анализ жалоб больного человека, тщательный сбор анамнеза настоящего заболевания и оценку фона сопутствующих заболеваний, физикальное обследование. Анализ клинических и анамнестических данных позволяет конкретизировать этап лабораторной диагностики и наметить исследовательский протокол имидж-диагностики.

Ниже приводится **практическая классификация** парапневмонического плеврита, которая позволяет определить стадию процесса и наметить лечебные мероприятия.

Первая стадия характеризуется депонированием минимального количества жидкости, которая аккумуляровалась в плевральной полости. Это количество жидкости не должно превышать 10 мм; измерение производится в лежачем положении больного человека. Таким больным показано проведение антибактериальной терапии. Диагностический торакоцентез не проводится.

Вторая стадия. Толщина линии жидкости в лежачем положении превышает 10 мм, данных за бактериальную инвазию нет, рН превышает 7,20. Лечение включает только антибактериальную терапию.

Третья стадия. Свободная жидкость в плевральной полости; её характеристика – рН ниже 7,20, лактатдегидрогеназа выше 1000 ед. ак., концентрация глюкозы ниже 40 мг/дл. Положительные результаты бактериоскопического и бактериологического исследования. Проводится терапия антибиотиками и тромболитиками; показана торакостомия.

Четвёртая стадия. Большое количество жидкости, которая скапливается в плевральной полости. Жидкость осумкованная, отмечается утолщение плевры; при аспирации получают жидкость плеврального выпота гнойного характера. Необходима торакостомия, возможно применение тромболитических средств, а также, в ряде случаев, проведение декорткации плевры.

Лечение

Лечение включает два принципиальных решения в ведении больных с парапневмоническим выпотом: адекватная терапия антибактериальными препаратами и своевременное и эффективное дренирование плевральной полости. Первое решение основывается на выборе соответствующей антибактериальной терапии, второе – на существующих международных рекомендациях по эффективному дренированию плевральной полости.

Выбор антибактериальных лекарственных средств основан на её принадлежности к госпитальной или же приобретённой пневмонии. Выбор антибактериального лекарственного средства и способ его доставки определяются степенью тяжести переносимой пневмонии.

Наиболее часто встречается приобретённая пневмония, для лечения которой рекомендуется назначать цефалоспорины второй или третьей генерации, к ним добавляют макролиды. В случаях тяжёлого течения пневмонии сочетают цефалоспорины третьей генерации и макролиды; терапия резерва – антибиотики с антисинегнойной активностью. При выборе антибактериальных препаратов необходимо ориентироваться на международные рекомендации, в которых проведено разделение пневмоний на приобретённые, нозокомиальные, ИВЛ-ассоциированные и аспирационные. Если толщина жидкости

не превышает в положении лёжа 10 мм, то адекватный выбор антибактериальных препаратов содействует разрешению плеврального выпота. У тех больных, у которых объём жидкости в плевральной полости превышает 10 мм, показано проведение торакоцентеза, и если из полости выделяется гной, то хирургическое дренирование последней. Однако следует подчеркнуть, что некоторые положения не имеют строгой доказательной базы, так как отсутствуют рандомизированные исследования. Так, в качестве примера можно привести назначение тромболитической терапии при эмпиеме плевры.

Рекомендации по ведению больных

Все больные с парапневмоническим выпотом должны быть отнесены к категории больных с высоким риском осложнений (уровень доказательности С).

Прогноз течения плевропневмонии основывается на данных клинической картины, наличии признаков системной воспалительной реакции и данных, полученных при бактериологическом, цитологическом, биохимическом и рентгенологическом исследовании, что позволяет, в конечном счёте, определить показания к дренированию плевральной полости (уровень доказательности D).

Современная классификация выделяет четыре стадии парапневмонического выпота; третья и четвёртая имеют относительно неблагоприятный прогноз, у этой категории больных показано хирургическое дренирование плевральной полости (уровень доказательности С).

При третьей и четвёртой стадии плевропневмонии возможно назначение тромболитических лекарственных средств и проведение видеоторакокопии (уровень доказательности С).

Дренирование плевральной полости нельзя откладывать, так как в противном случае начинается процесс осумкования депонированной жидкости в плевральной полости, что может привести к хроническому процессу и развитию эмпиемы плевры. Позиция дренажной трубки зависит от локализации депонированной жидкости в плевральной полости. Ранее применялись дренажные трубки больших размеров (38-32F); в настоящее время размеры дренажных трубок не превышают 28F, что связано с внедрением assistирующей техники (ультразвук, видеоторакокопия и др.), позволяющей прецизионно расположить катетер в области плеврита. Некоторые авторы получают хорошие результаты при использовании дренажного катетера ещё меньшего размера – 8-14F, к этой технике прибегают в тех случаях, когда происходит организация плеврита в нескольких местах плевральной полости и необходимо их дренировать. Дренирование плевральной полости является эффективным методом лечения осложнённых форм парапневмонического плеврита. Лечебный эффект превышает 80%. Однако следует подчеркнуть, что врач должен пройти подготовку к проведению дренажа плевральной полости. Врачи всегда стремятся к использованию дренажных катетеров небольших размеров, так как пациенты легче переносят процедуру. В настоящее время прибегают к длительным срокам дренирования плевральной полости; так поступают, например, при эмпиеме плевры у больных раком лёгких. Если у пациента не отмечается клинического улучшения и отсутствуют признаки рентгенологического позитивного изменения, то необходимо провести ревизию диагноза и понять причины неудовлетворительных результатов; часто они связаны с расположением дренажной трубки в плевральной полости. В этих случаях необходимо изменить её положение и добиться эффективного дренажа депонированной жидкости.

Введение тромболитиков в плевральную полость

У некоторых больных прибегают к назначению тромболитических препаратов, которые вводят внутрь плевральной полости. После их введения уменьшается вязкость воспалительного экссудата, что делает дренаж более эффективным.

Тромболитические лекарственные средства в лечении плеврита стали применяться с 1970 г. За это время наибольший клинический опыт накоплен по применению стрептокиназы. Она вводится в плевральную полость в дозе 250 000 ед.

акт. в 100 мл физиологического раствора, время экспозиции в плевральной полости 2-4 часа, после указанного времени плевральная полость промывается стерильным физиологическим раствором. Данная процедура может быть осуществлена повторно в течение суток; общая продолжительность лечения эмпиемы плевры с применением стрептокиназы достигает 2 недель. Нежелательными реакциями на ведение стрептокиназы может быть аллергическая реакция, боль в грудной клетке. Некоторое время альтернативой стрептокиназы была урокиназа, которая в настоящее время имеет ограниченное применение. В библиотеке Кохран содержатся данные метаанализа применения стрептокиназы в клинической практике лечения эмпиемы плевры. Механизм доказательства оказался сложным, так как это достаточно гетерогенная группа больных. В последние годы с большим эффектом стали применять комбинированную терапию активатором тканевого плазминогена и энзима, разрушающего ДНК. Активатор вводится в плевральную полость трижды в день в дозе по 2 мг на протяжении 3 дней. Вместе с активатором вводится рекомбинантная DNase. В течение 3 суток удаётся достичь хорошего лечебного эффекта.

Обоснованием для комбинированной терапии является снижение вязкости воспалительного секрета (DNase) и процесса отложения фибрина (активатор тканевого плазминогена – tPA). Необходимо подчеркнуть, что смертельные исходы при данном виде терапии эмпиемы плевры стали редкостью. Если толщина плевры превышает 2 мм, то фибринолитическая терапия может оказаться малоэффективной.

Хирургические методы лечения

При осложнённых формах парапневмонического выпота возрастает роль хирургических методов лечения. Альтернативным методом является торакокопия. Особенно она показана, когда процесс осумкования плеврита в нескольких местах плевральной полости. Торакокопия позволяет более эффективно санировать её. При этом отпадает необходимость в декорткации и торакостомии.

В последние годы широко распространение получает видеоассистирующая торакокопия, при применении которой удаётся добиться лучших результатов в лечении эмпиемы плевры. В современных клиниках при эмпиеме плевры применяются видеоассистирующая торакокопия и фибринолитическая терапия, поэтому снижается процент больных, которым проводится декорткация.

Wang применил бронхоскоп или же гастроскоп, который он вводит в плевральную полость через дренажную трубку. Подобная техника позволяет визуально оценить состояние плевральной полости и повысить эффективность её дренирования. В случаях неэффективности представленных методов лечения всегда рассматривается вопрос об открытом дренировании плевральной полости. Резекция ребра и открытое дренирование позволяют провести эффективную декорткацию висцеральной плевры, удалить нити фибрина и остатки гнойного секрета. К декорткации прибегают в тех случаях, когда у больного развивается сепсис, входными воротами которого является висцеральная плевра. Прогностически неблагоприятным является развитие эмпиемы плевры после пульмонэктомии. Положительный результат может быть достигнут только при строгом соблюдении клинических рекомендаций по ведению больных с эмпиемой плевры.

В обычной клинической практике больные с парапневмоническим выпотом обращаются к врачам общей практики. Для того чтобы выработать диагностическую и лечебную программу, необходимо провести консилиум с участием специалистов по имидж-диагностике и торакальному хирургу, при этом необходимо учесть данные лабораторной диагностики.

Больные с парапневмоническим плевритом не нуждаются в специальных диетах и ограничении двигательной активности.

Александр ЧУЧАЛИН,
главный специалист
терапевт-пульмонолог
Минздрава России,
академик РАН.

Лечение, применяемое почти в каждой медицинской дисциплине, может быть уподоблено дальнему плаванию, в котором есть подводные течения осложнений, штормы лихорадок, айсберги тромбов, гавани реконвалесценций, штили коллапсов и мели противопоказаний. И почти для каждой медицинской отрасли существуют навигационные карты нозологических критериев и маяки этиопатогенеза. В психиатрии этих маяков крайне мало: шизофрения, генуинная эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика не имеют таких ориентиров, вынуждая врачей странствовать в открытом океане – без берегов и сигнальных огней.

От магических заклинаний...

Психиатрия в этом отношении наминает Саргассово море – единственное море, не имеющее берегов, акватория которого заполнена паутиной водорослей – саргасс, наматывающихся на винты кораблей и мешающих их движению. Плавание в таких условиях становится трудной задачей. Знание этиологии на уровне «убедительных гипотез» всё же не позволяет сегодня влиять на психопатологию с той степенью уверенности и знаний, которой обладают, к примеру, фтизиатрия или венерология.

Терапия психических расстройств претерпела эволюцию: от магических заклинаний – до психофармакологических интервенций. В начале этого пути концепцию врачевателей формировала интуиция, смешанная с мистикой сакральных обрядов.

В Средние века в Западной Европе средством от психических заболеваний слыл измельчённый человеческий череп. В Шотландии средством, предохраняющим от эпилепсии, считалось ожерелье из нескольких его осколков. Эпилепсию пытались лечить, размалывая девять фрагментов черепа умершего, а затем предлагая пить эту взвесь с раствором трав и молоком – по чайной ложке в день до полного исцеления. Терапия других психических расстройств тоже отличалась экзотичностью, часто имевшей brutальный оттенок. Хирурги делали надрезы на голове, рассчитывая «снизить давление на мозг и выпустить ядовитые жидкости и пары». Королей Карла VI и Генриха VI, а также донна Карлоса лечили прижиганием затылка. Сильнодействующие средства долго сохраняли агрессивный и болезненный характер. Английского короля Георга III ещё в начале XIX века по предписанию лейб-медика лечили от безумия определённым числом ежедневных палочных ударов. В «Книге об искусстве врачевания» (1354) герцог Ланкастерский советовал приложить к голове безумного только что зарезанного рыжего петуха, кровь которого «избавит мозг от опасных испарений». В XVII веке подобные процедуры проводились с голубями. В «Старинном английском лечебнике» средством против конвульсий считался пирог из мяса белой собаки.

«Животный порошок из лапок джюины кротов»

Ближе к нашей эпохе рецепты обретают менее мистическое содержание, получая характер рекомендаций почти научного свойства, по крайней мере в них постепенно снижается удельный вес мистики сакральных обрядов: Ф.Бэкон советовал меланхоликам заниматься математикой, ибо она «восстанавливает душевную гармонию». Месмер говорил о «лечебном магнетизме», ставшем предметом интересов физики в эту же пору. Методика месмеризма выглядела замысловато-научной, но в ней присутствовал явный элемент магии: на дно круглого сосуда с крышкой (около 2,5 м в диаметре) помещались «намагнизированные» бутылки – одни были обращены горлышками к цен-

тру, другие – наружу. Сосуд наполнялся водой, покрывающей их. Из многочисленных отверстий в крышке торчали железные стержни. Стены комнаты покрывались зеркалами, которые должны были «отражать магнетизм». Важными элементами при этом считались лиловое одеяние магнетизёра, таинственные пассы, совершаемые им, соответствующая таинственная атмосфера...

В 1880 г. французский врач Ж.Массе рекомендовал при эпилепсии носить фланель, так как она «становится постоянным отвлекающим средством, которое само по себе способно воспрепятствовать застою крови и нервным сведе-

и русская революция – как способы разрешения тотального кризиса в обществе). В 1922 г. С.Клези предложил метод наркотического сна. Сонное затишье между двумя бурями царило и над Европой, и только устрашающие сновидения искусства в стилистике экспрессионизма витали в воздухе предощущением чего-то непередаваемо ужасного, как на полотне норвежского живописца Э.Мунка «Крик».

Шоковые методы лечения

1930-е годы ознаменовались появлением в Европе ряда тоталитарных государств, в которых

стивенная терапия, вызывающая эпилептиформные припадки, оказывавшие положительное действие на ряд психопатологических состояний. 1938 г. добавил в копилку врачей электросудорожную терапию (У.Черлетти, Л.Бини). Развитие терапии психических расстройств сопровождалось табу на психотерапевтические методики (запрет психоанализа в гитлеровской Германии и в СССР), а «...непсихоаналитическая психотерапия хирела уже потому, что многие терапевты... были евреями и покидали страну... В целом приходится констатировать, что в нацистской Германии осталась

В 1961 г. были сформулированы общие для всех нейролептиков признаки и свойства. В этот же период времени (1957) было обнаружено действие некоторых препаратов на пониженное настроение. Эта дата стала началом эры антидепрессантов. Первым лекарством, имеющим антидепрессивные качества, был иминодибензил, синтезированный всё в ту же эпоху глобальных открытий (1899), вначале (с 1951 г.) применявшийся для терапии паркинсонизма. В 1957 г. был синтезирован имипрамин.

Появление первых синтетических нейролептиков и антидепрессантов вызвало у психиатров эйфорию,

Далёкое – близкое

Остров погибших кораблей

Психиатрия наминает Саргассово море, плавание в котором – задача труднейшая



Ф.Бэкон

ниям». Массе советовал спать «на волосе, ибо ничто так не раздражает общую нервную систему», как мягкая и тёплая постель. Попытки использования научных достижений порой формировали странный микст из науки и обрядовой медицины: в «Прибавлении» к основному тексту Массе приводил и другие рецепты, советуя принимать «животный порошок из лапок джюины кротов», который следовало употреблять по полному напёрстку, смешав с вареньем.

По мере приближения к эпохе психофармакотерапии в арсенал психиатров постепенно входили медикаменты, составленные с учётом достижений современной химии. Для лечения эпилепсии в разные годы применяли почти всё, что не приводило к опасным для жизни состояниям мгновенно: медь и её препараты, цинк, ртуть, свинец, железо, олово, платину, висмут, серебро, бром.

К концу XIX века психиатрами было предложено немало средств терапии психической патологии, но большинство из них осталось достоянием истории. Если теоретические изыскания или феноменологические описания в психиатрии, сделанные врачами предшествовавших эпох в некоторых случаях актуальны и сегодня, то попытки терапевтического решения проблем психиатрического толка, сохранившие до сегодняшнего дня практическую значимость, можно датировать лишь началом XX века.

В 1917 г. австрийским психиатром Ю. фон Вагнером-Яурегом был предложен метод лечения прогрессивного паралича с помощью гипертермии, вызываемой прививкой малярии. За это достижение врач был удостоен Нобелевской премии (1927), став на сегодняшний день единственным психиатром-лауреатом. (Симптоматичным кажется совпадение дат: лихорадка как метод лечения и лихорадочное состояние мировой политики – мировая война

жестокость политического режима превратилась в жестокость. Эстетика и этика гитлеровской Германии, сталинского СССР, франкистской Испании и муссолиниевской Италии оказались почти идентичными. Совпали усиленная милитаризация, помпезность изобразительных искусств (невозможно отличить архитектуру сталинского ампира от Берлина эпохи Шпеера), экспансионистская направленность, культ правителей. Брутальным режимам сопутствовало появление в арсенале психиатров шоковых методов лечения. В 1928 г. (год победы И.Сталина над Л.Троцким) венгерский врач Л.И. фон Медуна

предложил применение в психиатрии метразолового шока. В 1934 г. (год прихода к власти Гитлера, год смерти С.Кирова) австрийский врач М.Закель предложил метод инсулино-шоковой терапии. Изначально этот вид лечения был рекомендован автором для терапии морфинной абстиненции, но в дальнейшем ИШТ надолго стала одним из эффективных средств в арсенале психиатров. В 1935 г. португалец Э.Мониш (период фашистского режима А.Салазара) ввёл в психиатрический арсенал префронтальную лоботомию.

Модификация лоботомии Мониша – трансорбитальная лоботомия – предварялась раушнаркозом. Затем между глазным яблоком и веком через свод глазницы в лобную долю мозга вводился длинный скальпель, которым производился поперечный разрез путём поворота ножа из стороны в сторону. Технология операции принадлежит У.Фримену (США), заявлявшему, что может делать такие «офисные операции» где угодно – в лодке, в школьном автобусе, в классе... Откуда взялись класс и школьный автобус? К сожалению, немалое количество родителей, столкнувшись с проблемами переходного возраста своих детей, прибегали к содействию психиатра, достававшего нож для колки льда – именно он использовался для этой цели чаще всего – в классе и пр. Фримен делал операцию сестре президента Дж.Кеннеди Розмари, впавшей после этого в почти вегетативное состояние. Всего персонально Фрименом было сделано около 3,5 тыс. лоботомий.

В 1937 г. клиническое применение нашла судорожная лекар-

лишь относительно незначительная часть психотерапевтов разных направлений». В сентябре 1939 г. Гитлер издал приказ о реализации национал-социалистической программы эвтаназии: «Неизлечимо больным лицам должна быть дарована милосердная смерть». С января 1940-го по сентябрь 1942 г. в Германии было уничтожено 70 723 пациента психиатрических больниц. В начале 1950-х годов в СССР, не признававшем генетики, относили болезнь Дауна к эндокринопатиям, рекомендуя лечить её облучением гипофиза рентгеновскими лучами.

Прежних восторгов уже нет...

В то же время медицина использовала те достижения, которыми ознаменовался период конца XIX – начала XX века. Материалистическая концепция медицины была авторитетна и влиятельна. Её идеология была ориентирована на устранение из науки убеждений, сформировавшихся вне объективного опыта. Открытия фармакотерапевтического содержания середины XX века поддерживали авторитет этой тенденции. После окончания Второй мировой войны французский специалист



Ф.А.Месмер

П.Шарпантье синтезировал хлорпромазин (1950), применённый на практике в 1952 г. психиатрами Ж.П.Л.Делеем и П.Деникером. Знаменательно то, что родственник этому препарату фенотиазин был синтезирован американским химиком И.Бернштейном ещё в 1883 г., и это совпало с периодом фундаментальных открытий в физико-химических дисциплинах и расцветом точных наук. Уже с середины 1930-х годов фенотиазин применялся в практической ветеринарии. В 1945 г. были открыты его антигистаминные свойства, а позднее – седативные и гипнотические качества.

сопровождавшуюся ощущением создания психиатрической панацеи. Была разработана нейрохимическая парадигма формирования психических расстройств, в основу которой легла моноаминовая теория, определяющая роль этих соединений в формировании нормальных и патологических состояний головного мозга. В 1970 г. У.Эйлер, Дж.Аксельрод и Б.Кац были удостоены за неё Нобелевской премии. В 1971 г. Э.У.Сазерленд, а в 1974 г. М.Ротбелл и А.Джилман получили такую же награду за открытие внутриклеточных мессенджеров, участвующих в реализации адренергической стимуляции. В 2000 г. за дофаминовую теорию премии получили А.Карлсон, П.Грингард и Э.Кендал. Благодаря этим открытиям были синтезированы целые классы психотропных средств, сформулирована методология проведения исследований, в основу которой легла доказательная составляющая с применением математических методов обработки полученных результатов.

Несмотря на все инновации, географический атлас психиатрического мира всё ещё выглядит как постколумбовская карта полушарий, где уже есть Америка, но ещё нет Антарктиды и Австралии. Для того чтобы старый велосипед ехал, педали следует крутить перманентно, иначе агрегат может заглохнуть. И вот педали продолжают вращаться, новые препараты входят в арсенал врачей, хотя уже не вызывают прежних восторгов и надежд; а фармакологический комментарий говорит об этих лекарствах лишь в сравнении с золотым стандартом прежних психотропных средств: новые оказываются лишь «сопоставимыми...», но крайне редко – «превосходящими...» Честно говоря, есть ощущение того, что поиск этиологии психических расстройств не слишком выгоден фармфирмам: они и без того живут неплохо, регулярно выбрасывая на рынок новые, «ещё более эффективные» лекарства.

И вот дальнейшее плавание психиатрии в Саргассовом море без маяков, сопровождающееся к тому же inferнальным мистическим фольклором, сформировавшимся вокруг Бермудского треугольника, расположенного в этом же регионе, продолжается. «Остров погибших кораблей» – роман советского фантаста А.Беляева о Бермудах – становится всё больше: течение времени постоянно приносит к нему новые фармакологические средства, устаревающие, теряющие былое реноме, уходящие в научное небытие...

Педали велосипеда вращаются прежним двигателем.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментального здоровья.

Северный государственный
медицинский университет.

Архангельск.