

в одном случае не было возможным заподозрить наличие адгезивного капсулита.

3. Ультразвуковое исследование плечевых суставов является высокоинформативным в диагностике адгезивного капсулита, выявляемого на ранней стадии заболевания при хорошей воспроизводимости результатов.

Литература

1. Adhesive capsulitis of the shoulder: MR diagnosis/ E. W. Emig [et al.] // Am J Roentgenol. – 1995. – Vol.164. – P. 1457–1459.

2. Risk Factors for Idiopathic Frozen Shoulder / C. Milgrom [et al.] // IMAJ. – 2008. – Vol.10. – P.361-364.

3. Magnetic resonance imaging of adhesive capsulitis: correlation with clinical staging / C.M. Sofka [et al.] // Hospital for Special Surgery. – 2008. – Vol. 4. – P. 164–169.

4. Мак Нелли Юдж. Ультразвуковые исследования костно-мышечной системы : практическое руководство / пер. с англ. А.Н. Хитровой под ред. Г.И. Назаренко, И.Б. Героевой. – М. Издательский дом Видар-М, 2007. – 400 с.

5. Метод ультразвуковой диагностики адгезивного капсулита плечевого сустава: инструкция по применению № 123-1012 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.12.2013 / Респ. науч.-практ. центр радиационной медицины и экологии человека, ГУО «БелМАПО» ; сост. А. Н. Михайлов, В. А. Доманцевич, Г. Д. Панасюк. – Гомель, 2013. – 6 с.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТА С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Енджиевский В. Л., Пронько Т. П., Андреюк П. А., Курганский Е. А.,
Полудень В. Н., Губарь В. В., Филина Н. А., Ветроградов А. С.,
Шидловская Д. В.*

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации», Гродно, Беларусь

Актуальность. Боковой амиотрофический склероз (БАС) – медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС, при котором происходит поражение двигательных нейронов в коре больших полушарий головного мозга и в передних рогах спинного мозга. Это приводит к параличам скелетной мускулатуры с последующей атрофией. Этиология данного заболевания пока неизвестна, этиологического лечения на данный момент не существует.

Данный клинический случай заслуживает внимания в связи с наличием длительной непрерывной терапии (около 5 лет), включающей искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), что позволяет выявить наиболее вероятные и опасные осложнения данной процедуры, в дальнейшем может способствовать разработке и внедрению мероприятий, снижающих вероятность и тяжесть осложнений.

Цель. Изучить наиболее вероятные осложнения БАС в процессе интенсивной терапии, оценить влияние лечения на продолжительность жизни при данном заболевании.

Материалы и методы обследования. Результаты исследования получены путем ретроспективного анализа истории болезни пациента на протяжении 5 лет лечения.

Результаты и их обсуждение. Пациент доставлен в отделение реанимации 25.08.2010 г. бригадой СМП. До госпитализации уже страдал мультифокальной моторной нейропатией с выраженным вялым парезом правой нижней конечности и умеренным – левой нижней конечности. Бригада СМП была вызвана по поводу выраженной мышечной слабости и дыхательной недостаточности, вызвавшей потерю сознания. За ночь до вызова пациент принял таблетку зопиклона в связи с четырехдневной бессонницей. В больнице пациенту был выставлен диагноз внегоспитальной пневмонии (возбудитель – грамположительные кокки *Staphylococcus aureus*).

На фоне интенсивной терапии и ИВЛ (режим P-SimV+PS, с Pin – 15 mbar; f – 16/мин; PEEP – 4 mbar; FiO₂ – 35%; Ps – 10 mbar) у пациента появилась слабopоложительная динамика: восстановилось сознание, стал понимать обращенную речь, ЧСС и АД нормализовались. Полноценный контакт затруднялся проводимой ИВЛ. Пациенту назначен цефтазидим (1г×2 р/сут), нейромидин, мексигел, амиодарон, пирацетам, прозерин, инф. терапия. Пациенту 03.09.10 г. была проведена трахеостомия.

09.09.2010. Выполнено УЗИ № 1656. Заключение: диффузные изменения в печени, pancreas. 10.09.2010 при ФБС взяты смывы с бронхов. Ответ от 14.09.2010: Высеяны грамотрицательные палочки *Pseudomonas aeruginosa*.

3.10.2010. Изменены параметры ИВЛ: режим PCV, Pin 26 mbar; PEEP – 3 mbar; FiO₂ – 40%. Спустя 4 дня изменен параметр FiO₂ – снижен до 21%. Спустя 2 недели изменены параметры: режим P-SimV+PS, Pin – 15 mbar; PEEP – 2 mbar. 26.10.2011. У пациента нарушилось глотание, принято решение об установке назогастрального зонда с целью зондового энтерального питания. Диагноз – хронический гастрит, очаговый бульбит – был выставлен 18.11.2011.

22.05.2013. Неврологический статус: В сознании. Глаза открывает. Взгляд не фиксирует. Контакт недоступен. Тетраплегия.

13.04.2015. УЗИ почек – признаки нефрита. Спустя 2 месяца выставлен диагноз: нейрогенный мочевой пузырь с нарушением проходимости мочевого катетера, гнойный 2-сторонний эпидидимит. Микробиологическое исследование биоматериала из раневой поверхности (из пролежня) от 20.05.2015: Высеяны: *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumoniae*.

24.09.2015 в 10:30. Состояние пациента стало критическим, зафиксирована остановка сердечной деятельности, незамедлительно начаты реанимационные мероприятия. Реанимационные мероприятия в полном объеме на протяжении 55 минут оказались неэффективными. 24.09.2015 в 11:25 зафиксирована смерть пациента Дунаева С. А.

Диагноз заключительный. Основной: G-12.2. Болезнь двигательного нейрона. Осложнения: двухсторонняя нижнедолевая пневмония, отек головного мозга; пролежни ягодично-крестцовой области, затылочной области головы; нейрогенный мочевой пузырь, гнойный двусторонний эпидидимит, кахексия.

Диагноз патологоанатомический: основное заболевание: болезнь двигательного нейрона. Осложнения: отек головного мозга, двусторонняя нижнедолевая крупноочаговая гнойная бронхопневмония, гнойничковый нефрит, паренхиматозный диспротеиноз миокарда, печени, почек.

Патологоанатомический эпикриз: причиной смерти пациента Д., 1977 г. р., явилась болезнь двигательного нейрона, осложнившаяся двусторонней бронхопневмонией и гнойничковым нефритом.

В течение первых двух месяцев фибробронхоскопия (ФБС) проводилась дважды в день, следующие полгода – ежедневно. После 15.03.2011 и до 24.09.2015 ФБС выполнялись 3 раза в неделю. За указанный период единожды был высеян *Staphylococcus aureus* и трижды – *Pseudomonas aeruginosa*. При этом имеются три случая пневмонии, подтвержденных инструментальными исследованиями. При этом две пневмонии были излечены полностью. Третья пневмония развилась на 5 году лечения, в терминальной фазе заболевания, была вызвана полирезистентной микрофлорой. Последними угасли функции глотательных мышц (2011 г.), мимической мускулатуры лица (2013 г.).

Этапные консилиумы в составе зам. главврача, зав. ОАРИТ, зав. ОМР № 2, дежурными реаниматологами проводились регулярно ежемесячно, ежедневно пациент осматривался на утреннем обходе, периодически проводимые посевы крови на стерильность давали отрицательный результат, изменения на коагулограмме в сторону снижения свертываемости крови характерны для длительного приема гепарина.

Следует подчеркнуть, что пациент в течение 5 лет вентилировался аппаратом белорусского производства «ВИАН-3-Турбо».

Выводы. Поводом госпитализации пациента послужила внегоспитальная пневмония, развившаяся вследствие гиповентиляции, вызванной прогрессированием основного заболевания – бокового амиотрофического склероза. Применение современных одноразовых желудочных зондов, соблюдение санэпидрежима позволило проводить зондовое питание в течение 4 лет без развития осложнений. Также немаловажным является уход за трахеостомой (длительная ИВЛ способствует развитию госпитальных пневмоний), за мочевыводящими путями (длительная катетеризация способствует возникновению и вертикальному распространению патогенной микрофлоры), а также противопролежневые мероприятия. Следует помнить, что любой очаг инфекции, особенно на фоне иммуносупрессивного состояния, может стать источником сепсиса.

Применение современных методов респираторной поддержки и ухода за пациентом позволяет продлевать жизнь пациентов с БАС.

Литература

1. Протоколы диагностики, анестезии, реанимации и интенсивной терапии критических состояний в стационарных условиях: Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12 авг. 2004г, № 200 / Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2004. – № 69. – 5/14142.
2. Левицкий, Г. Н. Боковой амиотрофический склероз – лечение и теоретические вопросы / Г. Н. Левицкий. – М.: Практическая медицина, 2010. – 562 с.
3. Вдовиченко, В. П. Фармакология и фармакотерапия: пособие для врачей / В. П. Вдовиченко. – Минск: Донарит, 2014. – 880 с.

ВЛИЯНИЕ ПЕСТИЦИДОВ И НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА НАСЫЩЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ

Житкевич Т. И., Батян А. Н., Трусевич М. О.

Кафедра экологической медицины и радиобиологии
Международный государственный экологический институт
им. А. Д. Сахарова БГУ, Минск, Беларусь

Актуальность. Пестициды считаются наиболее опасными из всех химических веществ, поступающих в организм человека с воздухом, водой и пищей [1]. Они влияют на обмен углеводов, липидов, белков, биогенных аминов и на механизмы их энергообеспечения.