

8. *Lieberman, P.* Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Astma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group / P. Lieberman, C.A. Camargo, K. Bohlke [et al.] // *Ann. Allergy Astma Immunol.* — 2006. — Vol. 97(5). — P.596—602.
9. *Simons, F.* Pharmacologic treatment of anaphylaxis: can the evidence base be strengthened? / F. Simons, R. Estelle // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2010. — Vol. 10(4) — P.384—393.
4. *Drynov, G.I.* Aktual'nye problemy sovremennoi allergologii [Actual problems of modern allergy] / G.I. Drynov. — M.: ООО «Probel-2000», 2003. — S.200—203.
5. *Allergologiya i immunologiya: Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Allergology and immunology. National guidance. Brief edition] / pod red. R.M. Haitova, N.I. Il'inoi. — M.: GEOTAR-Media, 2012. — 640 s.
6. *Lopatin-Bryomzen, A.S.* Lekarstvennyi shok [The drug shock] / A.S. Lopatin-Bryomzen. — M.: Medpraktika, 2000. — 196 s.
7. *Campbell, R.L.* Evaluation of National Institute of allergy and infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients / R.L. Campbell, J.B. Hagan, V. Manivannan [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2012. — Vol. 129. — P.748—752.
8. *Lieberman, P.* Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Astma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group / P. Lieberman, C.A. Camargo, K. Bohlke [et al.] // *Ann. Allergy Astma Immunol.* — 2006. — Vol. 97(5). — P.596—602.
9. *Simons, F.* Pharmacologic treatment of anaphylaxis: can the evidence base be strengthened? / F. Simons, R. Estelle // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2010. — Vol. 10(4) — P.384—393.

## REFERENCES

1. *Allergologiya: Federal'nye klinicheskie rekomendacii* [Allergology. Federal clinical recommendations] / gl. red. akad. RAN R.M. Haitov, prof. N.I. Il'ina. — M.: Farmus Print Media, 2014. — S.35—46.
2. *Astaf'eva, N.G.* Anafilaksiya: klyuchevye aspekty diagnostiki, lechenie i profilaktika v sovremennykh klinicheskikh rukovodstvakh [Anaphylaxis: key aspects of diagnosis, treatment and prevention in the current clinical guidelines] / N.G. Astaf'eva, I.V. Gamova, L.A. Goryachkina [i dr.] // *Farmateka.* — 2013. — S.8—15.
3. *Berezovskaya, Z.B.* Anafilakticheskii shok u bol'nyh s lekarstvennoi allergiei [Anaphylactic shock in patients with drug allergies] / Z.B. Berezovskaya, I.I. Mishuk, I.G. Slepova, O.L. Karasik // *Vrachebnoe delo.* — 1991. — № 3. — S.4—8.

© А.К. Сабирова, Д.А. Бирюков, 2014

УДК 616.321-008.17-072.1:616.831-005-036.11

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРИИТ № 2 ГАУЗ ГКБ № 7 С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**АЙГЮЛЬ КАМИЛЬЕНА САБИРОВА**, врач-невролог неврологического отделения для больных с ОНМК

ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани, тел. +7-937-610-56-34, e-mail: frey5@yandex.ru

**ДМИТРИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ БИРЮКОВ**, врач-эндоскопист эндоскопического отделения ГАУЗ ГКБ № 7

г. Казани, тел. +7-919-688-82-83

**Реферат.** Цель данной статьи — показать роль эндоскопического метода оценки глотания в определении способов энтерального питания. В статье освещен эпизод внедрения в практику эндоскопических методов оценки нарушений глотания у больных с ОНМК, позволяющих более точно оценить данную патологию. *Материал и методы.* Данные медицинских карт стационарных больных, материалы годовых отчетов. *Результаты.* Мы попытались провести сравнительный анализ клинического метода и метода эндоскопической оценки нарушений глотания, их влияние на частоту развития такого осложнения, как аспирационная пневмония. При анализе результатов инструментального метода оценки глотания выявлено, что 9,7% из пациентов ОРИИТ №2 ГАУЗ ГКБ №7 нуждается в энтеральном питании через зонд или гастростому. Выявление степени дисфагии как наличия показаний для постановки зонда или гастростомы способствовало снижению аспирации и дальнейших осложнений, в частности аспирационной пневмонии у больных с ОНМК, что может привести к снижению смертности больных с ОНМК.

**Ключевые слова:** нарушение глотания, метод оценки глотания, аспирационная пневмония.

## PATIENTS WITH SWALLOWING DISFUNCTIONS IN ICU № 2 OF CITY CLINICAL HOSPITAL № 7. DIAGNOSTIC ASPECTS

**AIGYUL K. SABIROVA**, neurologist of Department neurology for patients with stroke of City Clinical Hospital №7, Kazan, tel. +7-937-610-56-34, e-mail: frey5@yandex.ru

**DMITRII A. BIRYUKOV**, endoscopist of department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, tel. +7-919-688-82-83

**Abstract.** *Aim.* To show the role of endoscopic method of swallowing detection in determining the methods of enteral nutrition. The article describes the episode introduction in practice of endoscopic method of swallowing detection in patients with stroke, that helps in evaluation of this pathology. *Methods.* The data of medical records of hospital patients, yearly accounts. *Results.* We have tried to make a comparative analysis of the clinical method and the method of endoscopic detection of swallowing disorders, their impact on the incidence of complications such as aspiration pneumonia. Analyzing the results of the instrumental method of swallowing detection revealed that 9,7% of patients ICU №2 of City Clinical Hospital №7 needs in enteral feeding tube or gastrostomy. Identification of dysphagia as having

indications for setting probe or gastrostomy helped to reduce aspiration and further complications, such as aspiration pneumonia in patients with stroke that may cause to a reduction in mortality in patients with acute stroke.

**Key words:** swallowing disfunctions, method for detecting swallowing, aspiration pneumonia.

**Введение.** Инсульт продолжает оставаться значимой медицинской и социальной проблемой. В России ежегодно регистрируется около 500 тыс. новых случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОМНК), и проживает более 1 млн человек, перенесших инсульт [1]. Социально-экономические и медицинские последствия заболевания крайне неблагоприятны. В Российской Федерации от инсульта погибает около 175 тыс. человек в год, летальность превышает 40%, более 90% выживших в течение первого года после инсульта становятся инвалидами и 20% из них нуждаются в постоянной посторонней помощи [2]. Лишь 8% пациентов, перенесших инсульт, способны вернуться к привычной жизни и труду [3]. Одним из значимых осложнений инсульта является дисфагия. Нарушения глотания диагностируются у 20—80% пациентов с инсультом и зачастую связаны с высоким уровнем смертности и плохим функциональным исходом [4, 5], а также являются факторами риска аспирации, пневмонии, дегидратации и недостаточного питания [6].

Аспирация в трахеобронхиальное дерево может приводить к различным последствиям: от полного отсутствия каких-либо клинических событий до развития острого респираторного дистресс-синдрома, дыхательной недостаточности и смерти больного. В 1975 г. J. Bartlett и S. Gorbach предложили рассматривать аспирационный синдром как «тройную угрозу»: 1) механическая обструкция дыхательных путей; 2) химический пневмонит; 3) бактериальная пневмония. Хотя очевидно, что лишь последний аспирационный синдром может быть отнесен к категории «аспираторная пневмония», но и первые два

могут быть рассмотрены как состояния, способные приводить к развитию аспирационной пневмонии примерно в 30% случаев.

Исследование влияния аспирации на исход заболевания, проведенное Dr. John C. Rosenbek, Dr. Maxine Power, Dr. Maureen Lefton-Greif et al., показало, что аспирация существенно снижает показатели выживаемости больных с ОМНК (рис. 1).

Аспирационная пневмония имеет довольно большой удельный вес среди всех форм пневмоний. Так, по данным мультицентрового исследования O.Leroo et al., около 23% тяжелых форм пневмоний в отделениях интенсивной терапии приходится на аспирационную пневмонию [7].

Согласно мнению многих авторов, выделяется следующая классификация дисфагий:

1. *Нейромышечные нарушения:*
  - a. Сосудистая патология.
  - b. Рассеянный склероз.
  - c. Боковой амиотрофический склероз.
  - d. Паркинсонизм.
  - e. Бульбарный полиомиелит.
  - f. Миастения.
  - g. Миотоническая дистрофия.
2. *Коллагеновые сосудистые заболевания:*
  - a. Дерматомиозит/плимиозит.
  - b. Смешанная патология.
  - c. Микседема.
  - d. Тиреотоксикоз.
  - e. Алкоголизм.
  - f. Диабет.
  - g. Амилоидоз.
3. *Воспалительные заболевания:*
  - a. Инфекционный фарингит.

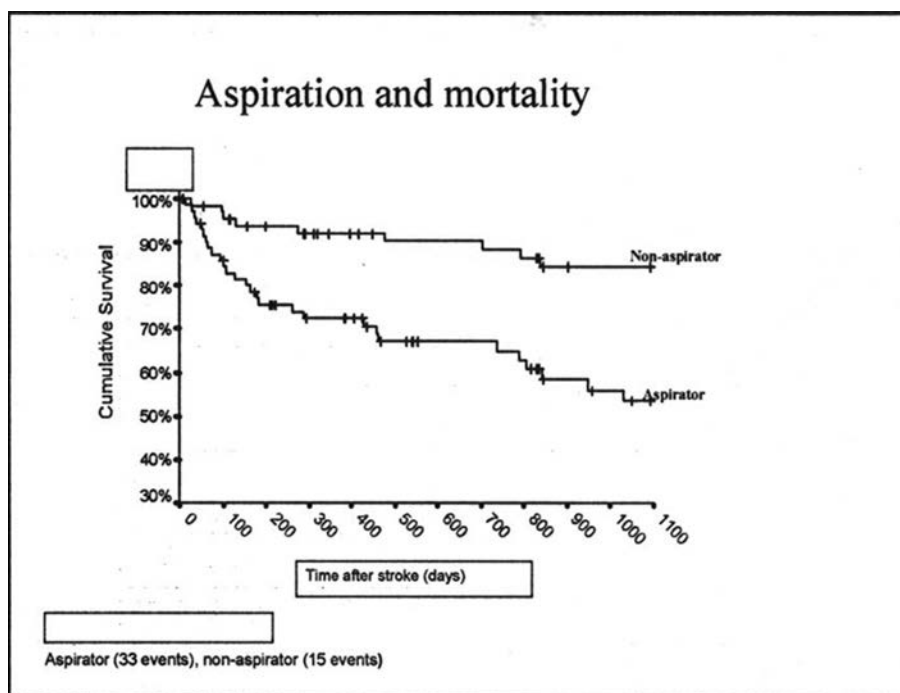


Рис. 1. Влияние аспирации на выживаемость больных с ОМНК

- b. Объемное образование глотки/гортани.
- c. Острый тиреоидит.
- d. Лучевое поражение.
- 4. *Анатомические аномалии:*
  - a. Дивертикул Ценкера.
  - b. Дисфункция перстнеглоточной мышцы.
  - c. Трахеостомия.
- 5. *Нарушение прохождения пищи:*
  - a. Шейный остеофит.
- 6. *Нарушения моторики:*
  - a. Ахалазия.
  - b. Склеродермия.
  - c. Диффузный спазм пищевода.
  - d. Неспецифические нарушения моторики.
  - e. Дивертикулез.
  - f. Рефлюкс-эзофагит.
  - g. Системные заболевания.
  - h. Старческий пищевод.
- 7. *Механическое сужение:*
  - a. Доброкачественные опухоли.
  - b. Плоскоклеточный рак.
  - c. Аденокарцинома.
  - d. Рак в области желудка.
  - e. Пептические стриктуры.
  - f. Кольца и перепонки слизистой.
  - g. Сосудистые поражения.
- 8. *Прочие причины.*

Французский физиолог Франсуа Мажанди разделил акт глотания на три взаимосвязанные фазы: оральную (произвольную), глоточную (непроизвольную) и пищеводную (непроизвольную). В остром периоде мозгового инсульта нарушение глотания чаще возникает в оральной и глоточной фазах, что определяет развитие нейрогенной ротоглоточной дисфагии.

Выделяются следующие неврологические синдромы, ассоциированные с нейрогенной дисфагией: бульбарный; псевдобульбарный; полушарные: агностический — при поражении правого полушария и апраксический — при локализации инсульта в левом полушарии.

**Материал и методы.** Мы анализировали истории болезни 3 443 пациентов с ОНМК, проходивших стационарное лечение в ОРИИТ №2 ГАУЗ ГKB № 7 за период с сентября 2012 г. по сентябрь 2014 г. Из них 1 431 чел. проходил лечение за первый год исследования (т.е. до сентября 2013 г.) и 2012 чел. — за второй год исследования (до сентября 2014 г.).

В первый год исследования нарушения глотания определялись клиническим методом: осмотр пациента неврологом, проведение скрининговой оценки глотания медсестрой (в частности, с помощью проведения 3-глоточной пробы).

Во второй год исследования дополнительно к клиническому методу оценки мы приступили к проведению дополнительных инструментальных методов (фиброэндоскопическое исследование специалистом по глотанию).

В нашем отделении оценка степени дисфагии проводилась риноларинговидеоскопом OLYMPUS ENF-VT2. При обследовании глотательные рефлекс оцениваются методом водного раздражения. Также с помощью аппарата возможна аспирация

содержимого дыхательных путей. При нарушении функции глотания исследование проводилось 1 раз в 5—7 сут. Степень дисфагии оценивалась по **Шкале оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS)** и по **Федеральной эндоскопической шкале по оценке тяжести дисфагии (FEDSS)**. С помощью суммарной оценки тяжести дисфагии определялись показания к энтеральному питанию через зонд или гастростому.

**Результаты и их обсуждение.** За первый год проведения исследования было выявлено 329 чел. (22,99%) с различной степенью нарушения глотания. За второй год исследования число пациентов с данной патологией составило 540 чел. (26,83%), которые были разделены на группы в соответствии с тяжестью нарушений глотания по шкале суммарной оценки тяжести дисфагий:

- 1-я группа (легкая дисфагия) — 41 чел. (7,59%).
- 2-я группа (умеренная дисфагия) — 97 чел. (17,96%).
- 3-я группа (тяжелая дисфагия) — 206 чел. (38,15%).
- 4-я группа (очень тяжелая дисфагия) — 196 чел. (36,3%).

Согласно Российским клиническим рекомендациям по проведению нутритивной поддержки больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, пациенты с дисфагией 4-й степени (высокий риск аспирации) требуют энтерального питания через зонд или гастростому. Таким образом, 196 пациентов за год (т.е. 9,7% из всех поступивших в ОРИИТ №2 в период с сентября 2013 г. по сентябрь 2014 г.) получали энтеральное питание через зонд или гастростому.

Процент аспирационных пневмоний в течение первого года исследования составлял 8,17%. После введения метода эндоскопической оценки тяжести дисфагии частота аспирационных пневмоний стала составлять 0,25%.

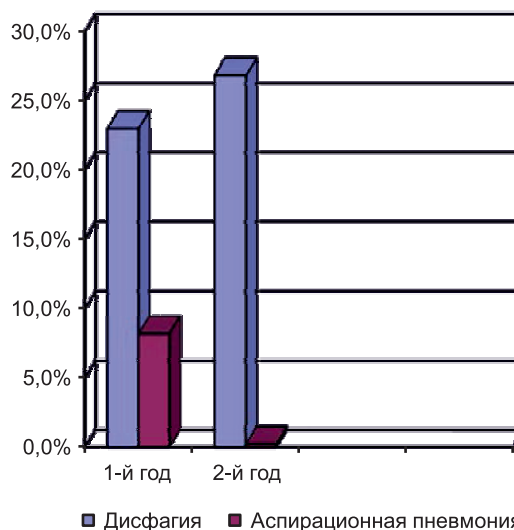


Рис. 2. Дисфагия и аспирационная пневмония в течение 2 лет исследования

#### Выводы:

1. Оценка глотания эндоскопическим методом позволяет получить более точное представление

о тяжести нарушений глотания, чем клинический метод.

2. Использование эндоскопического метода позволяет определить показания к переходу на энтеральное питание через зонд или гастростому, что снижает частоту осложнений, связанных с аспирацией, в частности аспирационной пневмонии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Парфенов, В.А.* Ишемический инсульт / В.А. Парфенов, Д.Р. Хасанова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 298 с.
2. *Скворцова, В.И.* Становление системы оказания медицинской помощи больным с церебральным инсультом в Российской Федерации / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, В.Г. Лелюк [и др.] // Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями: материалы Всерос. науч.-практ. конф. — М., Реал Тайм, 2011. — С.13—33.
3. Инсульт. Диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 288 с.
4. *Middleton, S.* Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial / S. Middleton, P. McElduff, J. Ward [et al.] // *Lancet*. — 2011. — Vol. 11. — P.1699—1706.
5. *Baroni, A.* Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients / A. Baroni, S.R. Fabio, R.O. Dantas [et al.] // *Arquivos de gastroenterologia*. — 2012. — Vol. 49, № 2. — P.118—124.
6. *Finalyson, O.* Risk factors, inpatient care, and outcomes of pneumonia after ischemic stroke / O. Finalyson, M. Kapral, R. Hall [et al.] // *Neurology*. — 2011. — Vol. 77, № 14. — P.1338—1345.
7. *Leroy O, Vandebussche C, Coffinier C.* Community-acquired aspiration pneumonia in intensive care units. Epidemiological and prognosis data. / O. Leroy,

C. Vandebussche, C. Coffinier [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. — 1997 — Vol. 1. — P.1922—1929.

#### REFERENCES

1. *Parfenov, V.A.* Ishemicheskii insul't [Ischemic stroke] / V.A. Parfenov, D.R. Hasanova. — M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo [Medical Information Agency], 2012. — 298 s.
2. *Skvortsova, V.I.* Stanovlenie sistemy okazaniya medicinskoj pomoschi bol'nym s cerebral'nym insul'tom v Rossiiskoi Federacii [Formation of the system of care for patients with cerebral stroke in the Russian Federation] / V.I. Skvortsova, L.V. Stahovskaya, V.G. Lelyuk [i dr.] // *Sovershenstvovanie okazaniya medicinskoj pomoschi bol'nym s sosudistymi zabolevanijami: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. [Materials of the Russian scientific-practical conference «Improving care for patients with vascular disease»]*. — M., Real Taim, 2011. — S.13—33.
3. *Insul't. Diagnostika, lechenie, profilaktika [Stroke. Diagnosis, treatment and prevention] / pod red. Z.A. Suslinoj, M.A. Piradova.* — M.: MEDpress-inform, 2009. — 288 s.
4. *Middleton, S.* Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial / S. Middleton, P. McElduff, J. Ward [et al.] // *Lancet*. — 2011. — Vol. 11. — P.1699—1706.
5. *Baroni, A.* Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients / A. Baroni, S.R. Fabio, R.O. Dantas [et al.] // *Arquivos de gastroenterologia*. — 2012. — Vol. 49, № 2. — P.118—124.
6. *Finalyson, O.* Risk factors, inpatient care, and outcomes of pneumonia after ischemic stroke / O. Finalyson, M. Kapral, R. Hall [et al.] // *Neurology*. — 2011. — Vol. 77, № 14. — P.1338—1345.
7. *Leroy O, Vandebussche C, Coffinier C.* Community-acquired aspiration pneumonia in intensive care units. Epidemiological and prognosis data. / O. Leroy, C. Vandebussche, C. Coffinier [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. — 1997 — Vol. 1. — P.1922—1929.

© О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова, 2014

УДК 616.61-008.64:616.12-005.4

## ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОПЕРАТИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА СИГИТОВА**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-396-24-17, e-mail: osigit@rambler.ru

**АЛИНА РАСЫХОВНА БОГДАНОВА**, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-246-63-94, e-mail: alinochka@mail.ru

**Реферат.** Целью исследования явилось изучение факторов риска и исходов острого повреждения почек у больных ишемической болезнью сердца после оперативной реваскуляризации коронарных сосудов. Обследованы 56 пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся оперативной реваскуляризации сосудов сердца, в 2 группах: 1-я группа (наблюдения) с развившимся после операции острым повреждением почек [28 пациентов, возраст — (69±1,7) года, М/Ж=1/1]; 2-я группа (сравнения) с сохранной функцией почек [28 пациентов, возраст (56,8±1,7) года, М/Ж=6/1]. Контрольная группа — 30 здоровых лиц [М/Ж=3/1, (59,3±0,6) года]. Изучены анамнез, клиничко-лабораторные показатели, расчетная скорость клубочковой фильтрации по Кокрофту—Голту; данные ультразвукового исследования почек. Из изученных факторов риска достоверная прямая зависимость развития острого повреждения почек доказана со снижением исходной скорости клубочковой фильтрации менее 63 мл/мин; при сочетании нескольких факторов риска вероятность его развития