

риску госпитальной летальности. В группе выживших больных тяжесть состояния оценивалась в 9 (7–11) баллов, что также укладывается в 25% риск летального исхода, по данным J.S. Marshall et al. (1995). Однако к одиннадцатым суткам прослеживается четкая разница в балловой оценке состояния умерших (10 (8–11) баллов) и выживших (5,5 (4–7) баллов) больных, что соответствует риску госпитальной летальности в группах 25 % и 3,3 % соответственно. Прогнозирование исхода по шкале MODS оказалось возможным на пятые сутки наблюдения. При летальном исходе средний балл был равен $10,31 \pm 2,17$, а при положительном – $7,12 \pm 2,86$ ($p = 0,004$). Таким образом, шкала MODS является наиболее информативной в отсроченном периоде лечения больных с синдромом полиорганной недостаточности (5–11 сутки).

Таким образом, уже в самом начале наблюдения больных с ОПН, сопровождающейся дисфункцией других систем выявляется высокая прогностическая значимость шкал APACHE 2 и LODS. В динамике заболевания для оценки риска неблагоприятного исхода возможно использование шкал SOFA, SAPS 2 (со вторых суток) и MODS (с пятых суток наблюдения). Состояние умерших пациентов с первого дня лечения было клинически более тяжелым, что четко прослеживается в динамической оценке по всем используемым интегрально-количественным шкалам.

Данное исследование проведено по материалам выездной бригады Городского центра гемокоррекции г. Санкт-Петербурга (т.е. ряда больниц Санкт-Петербурга, где нет службы экстракорпоральной гемокоррекции) на 150 больных за последние четыре года (2003–2007).

Г.И. Федорова, Н.М. Аулова, О.Б. Очирова, Л.В. Гульгонова

ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В Г. УЛАН-УДЭ

*МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангапова (Улан-Удэ)*

С октября 2006 года в Российской Федерации наблюдалось массовое заболевание населения, проявляющееся внезапным развитием выраженной желтухи. Острые массовые отравления алкогольсодержащими жидкостями с относительно однотипной симптоматикой были зарегистрированы в Свердловской, Тверской, Белгородской, Волгоградской, Воронежской, Кировской, Пермской, Псковской, Иркутской и многих других областях. Веществом гепатотоксического действия предположительно являлось полигексаметиленгуанидина гидрохлорид, который обладает гепатотоксическим действием, проявляющейся токсической гепатопатией различной степени тяжести, протекающий по типу холестатического гепатита.

В Республике Бурятия данное заболевание регистрировалось в период с ноября 2006 года по март 2007 года. Большинство пациентов затруднялись назвать употребленную жидкость, поскольку, находясь в состоянии постоянной алкоголизации, пили различные спиртосодержащие напитки.

Проанализирован информационный материал случаев заболевания токсическим гепатитом больных, обратившихся за медицинской помощью в Городскую больницу скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ, за период с ноября 2006 г. по март 2007 г.

Всего за указанный период стационарное лечение по поводу токсического гепатита получило 109 человек: из них мужчин было 69 (63,6 %), женщин – 40 (36,4 %). Наивысший процент заболевших отмечался в возрастной группе от 41 до 50 лет (40 %) и от 31 до 40 лет (29,05 %).

В социальной структуре больных токсическим гепатитом 64,55 % (72 чел.) составляли безработные, лица без определенного места жительства – 17,27 % (19 чел.), пенсионеры – 11,82 % (11 чел.), работающие – 6,36 % (7 чел.). Подавляющее большинство пострадавших страдали хроническим алкоголизмом. Первично в отделение реанимации и интенсивной терапии поступило 26 (23,9 %) больных.

Выписаны на амбулаторное лечение по улучшению состояния 40 (36,7 %) больных, 63 пациента после стабилизации состояния на 6–8 сутки лечения были переведены в другие лечебные учреждения для продолжения стационарного лечения. Умерло 6 человек, что составило 5,5 %.

Средний койко-день составил 16,8. Средняя стоимость 1 дня лечения составила 1074,46 рублей.

Проведенное исследование свидетельствует о сохранении социальных факторов, способствующих алкоголизму. Такое большое количество заболевших токсическим гепатитом свидетельствует о низком уровне жизни, об отсутствии денежных средств для приобретения дорогостоящего алкоголя у значительного населения города, что приводит к алкоголизации и употреблению различных спиртосодержащих жидкостей сомнительного происхождения. Преимущественно злоупотребляет спиртосодержащими веществами сомнительного происхождения мужское население города.

Относительно меньшее поражение лиц молодого и среднего возраста объясняется наличием у них достаточно высокой компенсаторной способности организма, поэтому пострадали в этих возрастных группах люди, имеющие хронические заболевания печени.

Преморбидный фон, в виде хронического алкогольного заболевания печени, возникшего вследствие постоянного потребления алкоголя, способствовал более тяжелому течению болезни.

Сравнительно низкий процент лиц без определенного места жительства (17,27 %), объясняется их низкой обращаемостью за медицинской помощью. Все они поступили в крайне тяжелом состоянии и нуждались в проведении интенсивной терапии.

**Л.В. Фирсова, С.Ю. Умнова, О.П. Толмачева, С.В. Ованесян,
Ю.А. Шеффер, Н.В. Карташова**

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (Иркутск)

Под термином мезенхимальная (или соединительнотканная) дисплазия следует понимать аномалию тканевой структуры, проявляющуюся в уменьшении содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани и систем. Следствием этого является расстройство гемостаза на тканевом органном и организменном уровнях, что сопровождается различными морфофункциональными нарушениями висцеральных и локомоторных систем с проградентным течением.

У детей с мезенхимальной дисплазией и нарушениями гемостаза часто имеется хирургическая патология, требующая оперативного вмешательства.

Учитывая то, что нарушения гемостаза могут быть проявлениями тромбофилии, дисфибриногенемии, коагулопатии со снижением уровня различных факторов свертывания, тромбоцитопатии, как со снижением агрегации тромбоцитов, так и гиперагрегации последних, комбинированными нарушениями в различных звеньях гемостаза, и клинически выражаться повышенной кровоточивостью с одной стороны, и возникновением тромбозов с другой, необходимо детальное обследование и выявление таких больных во избежание осложнений на различных периодах хирургического вмешательства.

За период с 2005 по 2008 год в отделении онкогематологии Иркутской государственной областной детской клинической больницы проведено клиничко-лабораторное обследование 49 детей с мезенхимальной дисплазией, имеющих как нарушение гемостаза, так и хирургическую патологию. Возраст больных от 1 года до 17 лет. Из них детей до 3-х лет было 3 (6,1 %); 3–6 лет – 13 (26,5 %); 7–10 лет – 15 (30,6 %); 10–16 лет – 16 (32,6%). Мальчики составили 57,4 %, девочки – 42,6%.

У них имелась следующая хирургическая патология:

- продольное и поперечное плоскостопие – 19 (38,8 %);
- сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника 1 степени – 11 (22,5%);
- плосковальгусная деформация стоп – 10 (20,4 %);
- гипертрофия миндалин II–III степени – 9 (18,4 %);
- пупочная грыжа – 8 (16,3 %);
- торсионный подвывих тазобедренного сустава – 5 (10,2 %);
- деформация грудной клетки – 5 (10,2 %), в том числе воронкообразная – 3 (6,1%), ассиметричная килевидная деформация грудной клетки II степени за счет аномалии передних отрезков II, III, IV, V ребер – 1 (2 %);
- увеличение аденоидов, III степень – 5 (10,2 %);
- врожденная аномалия развития мочевой системы – 4 (8,2 %), в том числе удвоение почки – 1 (2 %);
- грыжа белой линии живота – 4 (8,2%);
- миопия средней и тяжелой степени – 4 (8,2 %);
- врожденная дисплазия тазобедренного сустава – 3 (6,1 %);
- аваскулярный некроз головок бедер – 3 (6,1 %);
- нефроптоз – 3 (6,1 %);
- острое нарушение мозгового кровообращения (вертебробазиллярный бассейн) – 3 (6,1 %);
- поясничный сколиоз – 2 (4 %);
- дисплазия пояснично-крестцового отдела позвоночника – 2 (4 %);
- укорочение правой нижней конечности – 2 (4 %);
- нестабильность шейного отдела позвоночника – 2 (4 %);
- фимоз – 2 (4 %);
- варикоцеле – 2 (4 %);