

вании которого принимают участие как социальные (злоупотребление алкоголем), так и психологические факторы (МПЗ, копинг-стратегии).

2. При анозогнозическом ТООБ пациенты используют неконструктивные копинг-стратегии (бегство-избегание, дистанцирование) и «поиск социальной поддержки», который задействуется как вспомогательный адаптивный ресурс.

3. В основе анозогнозии лежат защитные механизмы, не допускающие негативную информацию (отрицание) и искажающие ее (реактивные образования) в отличие от прочих неадаптивных ТООБ, где преобладает МПЗ «регрессия», проявляющаяся в элементах инфантильного поведения, привлечении внимания к своему состоянию, переживаниям, требованиям повышенной заботы.

4. Таким образом, при определении тактики ведения больного необходимо учитывать пре-

обладание у данных пациентов механизмов психологической защиты, отрицающих и искажающих получаемую информацию. В соответствии с этим нужно использовать в работе не директивную, а партнерскую позицию, продемонстрировать желание сотрудничества, а не исполнения нормативов и предписаний, учитывать жизненную ситуацию пациента.

Литература

1. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. – 136 с.

2. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей / Л.И. Вассерман и др. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.

3. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

Содномова Лариса Балдановна – кандидат медицинских наук, преподаватель медицинского факультета Бурятского государственного университета, e-mail: Lar430099701@yandex.ru

Sodnomova Larisa Baldanovna – candidate of medical sciences, lecturer, medical faculty, Buryat State University, e-mail: har430099701@yandex.ru

УДК 615.72-002.772:615.06

© Л.Б. Содномова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА МЕТОТРЕКСАТОМ

В статье рассматривается клинический случай осложнения терапии ревматоидного артрита (РА) метотрексатом.

Ключевые слова: цитопении, цитостатическая болезнь, геморрагический синдром, сепсис, базовый препарат.

L.B. Sodnomova

CLINICAL CASE OF COMPLICATION OF THE RHEUMATOID ARTHRITIS THERAPY BY METHOTREXATE

The article considers a clinical case of complication of therapy the rheumatoid arthritis by methotrexate.

Keywords: cytopenia, citostatic disease, hemorrhagic syndrome, sepsis, basic medicine.

Самым доступным по стоимости и соответственно распространенным по применению базовым препаратом для лечения РА является цитостатик метотрексат. Цитостатики отличаются от других ЛС способностью вызывать необратимое повреждение клеток. Метотрексат превосходит другие средства базисной терапии и по эффективности, и по скорости действия. Улучшение может наступить уже через 2-3 недели лечения, однако для объективной оценки эффективности нужно 8-12 нед. Метотрексат удобен в применении, поскольку принимать его

можно всего один раз в неделю. Препарат назначают в дозе 7,5-20 мг (средняя 10-15 мг) внутрь или в\м 1 раз в неделю.

Основной механизм действия метотрексата (МТ) определяется антифолатными свойствами препарата. В организме человека фолиевая кислота расщепляется ферментом дегидрофолатредуктазой (ДФФ) с образованием метаболически активных продуктов – дигидрофолиевой и тетрагидрофолиевой кислот, которые принимают участие в конверсии гомоцистеина в метионин, образовании пуринов и тимидилата, необходи-

мых для синтеза ДНК. Терапевтические дозы МТ 7,5-15 мг\неделю с обязательным приемом фолиевой кислоты для предупреждения развития цитопении в крови и обязательным контролем гематологического анализа. В практике встречаются грубые нарушения назначения и контроля за приемом больными препарата, что приводит к развитию цитостатической болезни, осложняющейся геморрагическим синдромом, инфекционными осложнениями вплоть до сепсиса, язвенно-некротическим поражением ЖКТ, в тяжелых случаях летальным исходом. Приведенные ниже клинические случаи являются яркой демонстрацией вышесказанного.

Клинический случай. Больная С., 39 лет, поступила в ОРИТ №2 20.01.12 г. в тяжелом состоянии с выраженной слабостью, геморрагической сыпью на коже, кровянистыми выделениями в ротовой полости, темным окрашиванием мочи.

В анамнезе заболевания стаж РА три года, принимала метотрексат 7,5 мг\неделю в течение 9 месяцев. В течение недели до поступления наблюдалось ухудшение состояния: усиление болей, отечность суставов, повышение температуры до 38°, самостоятельно увеличила дозу МТ до 10 мг\день ежедневно, принимала диклофенак, кеторол. За 3 дня до поступления появились кожные высыпания, зуд, кровяные выделения из ротовой полости.

Состояние тяжелое. В сознании, контакту доступна, ориентирована в месте, времени, пространстве. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, язвенные дефекты слизистой рта. Высыпания геморрагического характера на передней, боковых поверхностях грудной клетки. Деформация суставов, выраженная болезненность и ограничение движений в суставах. Температура 38,6°. Дыхание жесткое. ЧД 20 в мин., ЧСС 90 в мин., АД 11\70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Печень +3 см ниже реберной дуги, край печени плотный, болезненный. По катетеру моча темно-бурого цвета.

В динамике на фоне лечения нарастающая слабость, геморрагия, кровотечение из заднего отдела носа.

ФГДС: состоявшееся ЖКК, огромный плотный сформированный сгусток крови.

На 2-е сутки рецидив профузного носового кровотечения, проведена задняя тампонада но-

са, в ротовой полости сгустки крови, одышка, ЧД 22 в мин., ЧСС 84 в мин., макрогематурия – моча темно-коричневого цвета.

На 3-е сутки повторная ЭГДС: Дистальный эрозивный эзофагит. Острая язва тела желудка. Состоявшееся ЖКК. Forest IIb.

Во время проведения ЭГДС падение АД до 0, брадикардия 20 в мин. Переведена на ИВЛ, гемодинамика восстановлена – ЧСС 120, АД 120\80 мм рт.ст., состояние тяжелое. ИВЛ в режиме спонтанного дыхания, ЧД 20-22 в мин. На 4-е сутки уровень сознания – оглушение, по шкале Глазго 13б. ЧСС 113 в мин., АД 120\80 мм рт.ст.

ФБС: Эрозивно-геморрагический трахеобронхит. Двусторонний катарально-гнойный эндобронхит.

На 5-е сутки состояние тяжелое, пациентка в сознании, по всему телу гематомы, геморрагическая сыпь. Дыхание жесткое, ЧД 18 в мин., ЧСС 84 в мин., АД 110\60, кровоточивость слизистой рта, живот мягкий, Мелена. Рентгенография ОГК: картина отека легких. Выставлен диагноз: двусторонняя госпитальная пневмония. Острый экссудативный средний отит слева.

На 6-е сутки кома 1 – уровень сознания 8 баллов, дыхание ослаблено в нижних отделах, ЧСС 76, АД 120\80.

ФБС – частичная обтурация дистального отдела трахеи.

7-е сутки: гнойно-язвенный кератоконъюнктивит-увеит-эндофтальмит.

Отрицательная динамика – кома 11. Кровоизлияние в головной мозг? Асимметрия зрачков. КТ головного мозга: отек и вклинение головного мозга. Окклюзионная гидроцефалия.

Рентгенограмма ОГК 20.01: без особенностей

УЗИ ОБП 20.01: Гепатомегалия. Диффузные умеренные изменения печени, поджелудочной железы. Неспецифические структурные изменения почек.

Клинический диагноз

Медикаментозный агранулоцитоз. Тромбоцитопения. Анемия. ДВС синдром. Острая язва желудка. ЖКК, носовое кровотечение. Эрозивно-геморрагический эндобронхит. Двусторонняя пневмония. Гнойно-язвенный кератоконъюнктивит, эндофтальмит. Не исключается кровоизлияние в головной мозг.

Показатель	20.01	22.01	23.01	25.01	27.01	28.01	29.01	30.01	04.02
Гемоглобин	74	60	39	70	88	63	70	83	133
Эр	2,8	2,16	1,61	2,4	2,87	2,13	2,38	2,66	4,36
Лейкоциты	2,0	0,3	0,4	0,4	1,5	8,4	14,2	15,7	30,8
СОЭ	75	78	47	63	62		60	54	33
Тромб	70	0	1	0	1	6	ед	14	40
Гранулоциты	71	8				92,4	93,4	92,2	92,1
м/л м/м							16	9	7
Юные					1		5		45
Пал	2	1			11		30		53
Сядер	69	7			15		43		
Эозиноф.									1
Моноциты	2				3		1		
Лимфоциты	28	42	еди	един	20		15		5

Примечание: На 50 клеток

Коагулограмма:

Показатель	21.01	22.01	23.01	24.01	28.01	29.01	02.02	04.02.
АЧТВ	40,8	43,7	33,3	32,6		36,9	42,0	55,6
ПТВ	11,2	12,4	Нет сгустка	10,6		10,7	14,2	15,0
ТВ	20,8	22,2	16,6	16,3		21,3	21,1	27,1
фибриноген	5,96	5,63	3,84	4,33		5,65	6,68	6,88
МНО	0,94	1,04	Нет сгустка	0,89		0,89	1,19	1,26
ФВ			77,76%	59,24	146,93			

Б\химический анализ крови

Показатель	21.01	22.01	23.01	01.02	04.02
билирубин	12,1	18,3	23,6	15,5	13,1
АСТ	233	225	133	20	64
АЛТ	84	66	44	17	20
креатинин	112	106	66	101	183
мочевина	23,8	17,3	11,6	20,0	30,5

Лечение Гордокс 300тыс в\в кап, этамзилат натрия 12,5% 2,0x3 р, викасол 2,0 в\м, СЗП в\в кап, ЭМОЛТ в\в кап, АКК в\в кап, Козйт-ДВИ 2 дозы в\в, ТК в\в, коагил VII 4,8 мг в\в, аprotекс 200 тыс. в\в кп, лейкоcтим 150 мкг п\к, лосек 80 мг в\в, вентер 0,5x3 р, омез 20 мгx2 р, гептрал 400 мг в\в, цефепим 2гx2 р в\в, проципро 0,4x2 р в\в, метрогил 0,5x3 р в\в, меронем 1 гx3 р в\в, нистатин 500 тыс. Едх3 р, микрофлюкан 200 мг\сут, транескам 1000 мгx3 р

На 8-е сутки наступил летальный исход.

Патолого-анатомический диагноз. Основной: лекарственный агранулоцитоз на фоне приема метотрексата.

Фоновый: РА.

Осложнение: сепсис, бак. исследование головного мозга, легких, селезенки от 08.02.12 г. –

ps. aeruginosa, Enterococcus faecium St. Aureus по типу септикопиемии: гнойный отит слева, гнойный абсцедирующий менингоэнцефалит, вентикулит, абсцедирующая двусторонняя пневмония, межлочечный гепатит, нефрит, миелоз пульпы селезенки. Эндотоксический шок. Геморрагический синдром с множественными кровоизлияниями на коже конечностей и туловища, местах инъекций, в лоханках почек, слизистой ЖКТ, паренхиме селезенки, надпочечниках. Эрозивный эзофагит, гастрит. Состоявшееся ЖКК. Выраженная миокардиодистрофия. Гнойный энцефалит с выраженным отеком и дислокацией миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. Выраженная дистрофия паренхиматозных органов. Асцит – 7070 мл.,

двусторонний гидроторакс справа 500 мл., слева 200 мл.

Костный мозг апластичен. Анализ костного мозга – пунктат гипопластический, с пролиферацией нейтрофилов. Миелотоксический агранулоцитоз.

На фоне выраженного иммунодефицита развился сепсис по типу септикопиемии с проявлениями абсцедирующей пневмонии, гнойного энцефалита с гнойным венитрикулитом, межуточного гепатита и нефрита. Течение заболевания осложнилось присоединением геморрагического синдрома с множественными кровоизлияниями на коже конечностей и туловища, местах инъекций, кровоизлияниями в легких, слизистой желудка. При гистологическом исследовании материала определяется гнойный воспалительный характер поражения паренхиматозных органов с подтверждением бак. исследованием головного мозга, легких, селезенки – ps. aeruginosa, Enterococcus faecium St. Aureus

Смерть наступила от агранулоцитоза, осложненного сепсисом.

Заключение. Назначая базовый препарат метотрексат, необходимо объяснять пациентам особенность препарата, схему назначения, не-

обходимость контроля за побочными эффектами, недопустимость превышения терапевтической дозы самостоятельно.

Перед началом лечения ревматоидного артрита провести исследование: общий анализ крови с определением числа тромбоцитов, активность АСТ, ЩФ, уровни креатинина, альбумина, серологические исследования на гепатиты В и С (больным из группы риска), рентгенография грудной клетки (за год и менее до начала лечения).

Во время лечения осуществлять контроль полного гематологического анализа, АСТ, уровня креатинина через каждые 4 недели, при тенденции к цитопении пропуск дозы или снижение дозы до нормализации показателей крови, прием фолиевой кислоты 1 мг\сут.

Литература

1. Основы рациональной фармакотерапии ревматических заболеваний / под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. – М.: Литтера, 2007. – 448 с.
2. Ревматология – клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: Гэотар–Медиа, 2010. – 752 с.

Содномова Лариса Балдановна – кандидат медицинских наук, преподаватель медицинского факультета Бурятского государственного университета, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

Sodnomova Larisa Baldanovna – candidate of medical sciences, lecturer, medical faculty, Buryat State University, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

УДК 615.859:616.12-008.313.2

© Л.Б. Содномова

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРДСЕРДИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РКБ им. СЕМАШКО

В статье приведен анализ госпитализаций больных с персистирующей фибрилляцией предсердий в кардиологическое отделение Республиканской больницы.

Ключевые слова: кардиоверсия, оральные антикоагулянты, электроимпульсная терапия, МНО – международное нормализованное отношение

L.B. Sodnomova

ANALYSIS OF HOSPITALIZATION TO CARDIOLOGY DEPARTMENT OF SEMASHKO REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL THE PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION

In the article the analysis of hospitalization of patients with persistent atrial fibrillation in cardiology department of Republican Hospital has been made.

Keywords: cardioversion, oral anticoagulants, countershock, INR.

Актуальность

1. Высокая распространенность ФП в популяции (до 30% в старшей возрастной группе), самый высокий удельный вес в структуре гос-

питальных аритмий. В последнее время частота госпитализаций пациентов с ФП увеличилась, что связывают с постарением населения, увеличением распространенности хронической сер-