



Рис. 4. Порт-система с катетером, эмболизированная частицами силиконовой мембраны (указано овалом).

генологическое исследование с контрастным веществом, подтверждена эмболия катетера (рис. 4). Порт-система уда-

лена, при тщательном изучении выявлено место повреждения мембраны и наличие частичек силикона в средней части катетера.

Наиболее опасным осложнением было инфицирование порта вследствие нарушения правил асептики во время использования. В одном случае у больного развилась клиника катетерного сепсиса через 1 месяц после использования порт-системы. Во время инфузии растворов через порт у больного отмечался озноб с резким повышением температуры тела до 39,5°C в течение нескольких минут с последующим обильным потом. В двух других случаях клиническая картина была не столь яркой. Оба больных были обследованы через 6 месяцев после имплантации порт-системы с клиникой лихорадки. При сонографическом исследовании камер сердца были отмечены вегетации на клапанах. Во всех трёх случаях при посевах крови из камеры порта получен рост грамположительных бактерий. Выполнено удаление порт-систем с назначением антибактериальной терапии по результатам бактериологического исследования. Во всех трёх случаях выздоровление в течение двух недель.

Всего в эту группу осложнений вошло 5 больных. Во всех случаях выполнено удаление порт-системы. При этом в трёх случаях выполнена повторная успешная имплантация.

Таким образом, всего из 178 установок порт-систем послеоперационные осложнения составили 9,5% (17 наблюдений). Из них в 13 наблюдениях осложнение потребовало удаления порта (7,3%). Отмечена тенденция к снижению частоты хирургических осложнений. Подавляющее большинство осложнений связано с нарушением простых правил асептики и эксплуатации устройства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н., Щетинин В.В., Трофименко Ю.Г. Полностью имплантируемые системы в медицине. – М., 2004. – 60 с.

2. Kock H.J., Pietsch M., Krause U., et al. Implantable vascular access systems: experience in 1500 patients with totally implanted central port systems// World J. Surg. – 1998. – Vol. 1. №22. – P.121-126.

**Информация об авторах:** Расулов Родион Исмагилович – д.м.н., профессор кафедры 664035 г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32, ГБУЗ ООД, отделение торакальной хирургии №2, e-mail: rzub@yandex.ru; Зубков Роман Александрович – к.м.н., ассистент кафедры; Дворниченко Виктория Владимировна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Сонголов Геннадий Игнатьевич – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой; Загайнов Александр Сергеевич – аспирант кафедры.

© ОСИПОК Н.В., ЧЕРНЫХ С.Ю., КАЗАКОВА Р.В. – 2013  
УДК: 616.5-002.525

#### ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Надежда Владимировна Осипок<sup>1</sup>, Светлана Юрьевна Черных<sup>2</sup>, Рита Владимировна Казакова<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. А.Н. Калягин; <sup>2</sup>Клиническая больница №1 г. Иркутска, гл. врач – Л.А. Павлюк)

**Резюме.** В статье приведен клинический пример сложного заболевания, причина которого до сих пор не известна – системной красной волчанки (СКВ). Заболевание ведёт к формированию полиорганного поражения и полиорганной недостаточности. Пример показателен с точки зрения своевременной успешной терапии СКВ, что продемонстрировано длительным проспективным наблюдением за больной.

**Ключевые слова:** системная красная волчанка, полиорганная недостаточность, терапия, прогноз.

#### PROBLEMS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

N.V. Osipok<sup>1</sup>, S.Y. Chernykh<sup>2</sup>, R.V. Kazakova<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University; <sup>2</sup>Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1, Russia)

**Summary.** The paper presents a clinical example of a complex disease, the cause of which is still unknown – systemic lupus erythematosus (SLE). The disease leads to the formation of multiple organ damage and multiple organ failure. The examples is demonstrative in terms of the timely successful treatment of SLE, as demonstrated by a prospective long-term observation of the patient.

**Key words:** systemic lupus erythematosus, multiple organ failure, treatment, prognosis.

Системная красная волчанка (СКВ) – это хроническое системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным струк-

турам ядра клеток иммунных комплексов, вызывающий иммуновоспалительный процесс в различных органах и тканях, ведущий к формированию полиорганной недостаточности. Известно, что женщины болеют СКВ гораздо чаще, чем

мужчины. Эта болезнь может вызвать воспаление суставов и мышц, поражение почек, сердца, лёгких, кровеносных сосудов, мозга и кожи.

СКВ – сложное заболевание, причина которого не известна. Вероятно, это не одна причина, а комбинация нескольких факторов: генетических, факторов окружающей среды и, возможно, гормональных. Диагностика волчанки может быть трудной. Чтобы собрать симптомы и точно диагностировать это сложное заболевание, врачам может потребоваться много времени – месяцы или даже годы. Диагностика СКВ строго индивидуальна, нельзя по наличию какого-либо одного признака верифицировать это заболевание. Заболевание протекает с непрогнозируемыми периодами обострения и ремиссии, и только лечение может повлиять на течение болезни и выраженность отдельных симптомов. Социальная значимость СКВ обусловлена в первую очередь высоким уровнем летального исхода, также, зачастую во время течения заболевания имеет место утрата трудоспособности. Выживаемость в настоящее время составляет через 10 лет после постановки диагноза – 80%, через 20 лет – 60%. Есть случаи выживаемости 25-30 лет. Основные причины смерти: люпус-нефрит, нейролюпус, интеркуррентные инфекции.

*Клинический пример. Больная Б. Из анамнеза заболевания выяснено, что больна с 23-х лет, в течение 34-х лет. Имел место рецидивирующий тромбоз вен нижних конечностей, рецидивирующие трофические язвы правой голени, невынашивание беременностей (более 10 на ранних сроках), лихорадка. В 1994 г., в возрасте 41-го года, неполный самопроизвольный аборт с фебрильной лихорадкой. Расценено как постабортный гнойный эндометрит, сепсис, септицемия, выполнена экстирпация матки. По 1998 год, в возрасте 45 лет, лечилась с диагнозом в ревматологическом центре: Васкулит кожи с геморрагическими, язвенно-некротическими изменениями, хроническое рецидивирующее течение, 3 степень активности. В лечении преднизолон 20 мг, метотрексат 40 мг, внутривенно метилпреднизолон. С 1998 года системный васкулит, язвенно-некротический васкулит кожи, острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом, симптоматическая артериальная гипертензия, ХПН1. В лечении преднизолон 40мг, пульс терапия метилпреднизолоном, в качестве базисной терапии рекомендован циклофосфамид 200 мг внутривенно в последующем динамические нарушения мозгового кровообращения, формирование стойкой артериальной гипертензии, выраженные вегетативно-сосудистые дизцифальные кризы. В 2000 г., в возрасте 47 лет, выставлен диагноз СКВ, хроническое течение, капилляриты ладоней, стоп, васкулит с антифосфолипидным синдромом, панцитопения, гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. В лечении преднизолон с дозы 70 мг/сутки до 30 мг/сутки, с последующим снижением дозы, пульс-терапия циклофосфамидом 600 мг внутривенно, метилпреднизолон 250 мг. При обследовании выявлен гепатит С (обнаружена РНК вируса). Периодически (3 раза в месяц) беспокоят малые эпилептические приступы, сохраняется генерализованный кожный васкулит, ознободобная дрожь в теле, синкопальные состояния. С 2005 г., в возрасте 52 лет, наблюдается высокая активность заболевания, развитие портальной гипертензии, присоеди-*

*туберкулёзном диспансере, проведено противовоспалительное лечение, диагноз туберкулеза не подтвердился. В этом же*

Таблица 2

Показатели мочевого синдрома				
Даты	Относительная плотность, г/л	Лейкоциты, в п/з	Белок, г/л	Эритроциты, в п/з
12.12.1988	1020	1-2	0,033	-
22.02.1990	1020	1-2	Нет	1
16.02.1994	1020	3-4	0,068	3
24.08.1998	1025	20	0,07	4
18.04.2002	1020	3-4	0,066	1
15.11.2006	1002	1	0,024	-
19.10.2009	1015	20-23	0,928	1-3

*году ишемический инсульт в правой гемисфере. Получала внутривенный иммуноглобулин 20 г, как терапия «отчаяния». Эффект улучшения был кратковременный. Отмечалось прогрессирование печеночной недостаточности (снижение протромбина, общего белка), асцит прогрессирует. В 2009 г. было 8 госпитализаций, без существенной динамики. Данные лабораторных и инструментальных исследований больной представлены в таблицах 1-3.*

Таблица 3

Другие лабораторные показатели					
Даты	Сахар крови, моль/л	Креатинин, мкмоль/л	Асат, ед./л	Алат, ед./л	Мочевина, ммоль/л
12.12.1988	3,8	134	33,7	30,0	4,1
22.02.1990	4,4	128	31,9	34,1	8,9
16.02.1994	4,2	181	38,0	32,0	10,1
24.08.1998	3,9	200	39,0	30,3	9,2
18.04.2002	4,8	117	32,3	35,9	6,9
16.11.2006	4,2	176	39,6	29,7	12,9
19.10.2009	4,0	132	40,0	36,0	16,9

*В декабре 2009 г. вновь госпитализирована, при поступлении больную беспокоили одышка при малейшей физической нагрузке, сухость во рту, боли и рези при мочеиспускании, снижение памяти, повышенная утомляемость, общая слабость. Констатировано присоединение двусторонней пневмонии, ухудшение состояния и больная переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, получала антибиотикотерапию карбенемами. На протяжении всего периода наблюдения больной проводилось всестороннее лабораторно-инструментальное обследование. 13.01.2010 г. по поводу больной был проведён расширенный консилиум специалистов смежных направлений: терапевт, невролог, оториноларинголог, уролог, анестезиологи-реаниматологи. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, несмотря на проводимую патогенетическую и симптоматическую терапию. В 2010 г. развился гепаторенальный синдром, и больная умерла с основным диагнозом: СКВ, хроническое течение, активность 2, генерализованный кожный васкулит, тяжёлая волчаночная энцефалопатия с неоднократным нарушением мозгового кровообращения в анамнезе, множественными арахноидальными кистами с сопутствующим глиозом в височно-теменной области головного мозга слева, внутренняя, наружная гидроцефалия, люпус-нефрит с выраженным мочевым синдромом. Антифосфолипидный синдром: сетчатое ливедо, множественные выкидыши в анамнезе, рецидивирующие тромбозы вен нижних конечностей, переходящие нарушения мозгового кровообращения, гематологический синдром: тромбоцитопения, анемия, LE-клетки, антитела к ДНК. Сопутствующий диагноз: субкомпенсированный цирроз печени, ассоциируемый с вирусом С, портальная гипертензия: асцит, жёлчнокаменная болезнь. Первичная подагра, хроническое течение, тофусная форма, множественные тофусы в области стоп, локтевых суставов, с частыми суставными атаками, гиперурикемия, подагрическая нефропатия по типу интерстициального нефрита с артериальной гипертензией, стадия 3, риск 4. ХПН 2. Осложнения: хронический пиелонефрит, стадия обострения (апопастозный нефрит?). Острая почечная недостаточность. Двусторонняя полисегментарная пневмония от 13.01.2010 г. Отек головного мозга. На патологоанатомическом вскрытии совпадение диагноза.*

*В данном случае имеет место прогрессирующее поли-*

Показатели общего анализа крови

Даты	Гемоглобин, г/л	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	СОЭ, мм/час
12.12.1988	104	5,1	175	63
22.02.1990	98	7,0	187	46
16.02.1994	113	5,9	178	70
24.08.1998	87	5,3	240	71
18.04.2002	100	5,5	172	25
15.11.2006	108	6,0	116	40
22.10.2009	96	8,1	103	51

*нение тофусной хронической подагры с подагрической нефропатией, появился асцит. Плохо стала поддаваться лечению. Добавлены мочегонные, произведена инфузия внутривенным иммуноглобулином. В 2009 г., в возрасте 56 лет, лихорадка, кашель, одышка. На рентгенограмме выявлена двусторонняя пневмония (верхнедолевая), проконсультирована в противо-*

органное поражение на фоне двух системных заболеваний: СКВ с антифосфолипидным синдромом и вирусного гепатита С, перешедшего в цирроз печени, что привело к развитию тяжелого хронического поражения нервной системы, ХПН, печеночно-клеточной недостаточности, гепаторенального синдрома, гематологическим нарушениям, ДВС-синдрому, двусторонней полисегментарной пневмонии. Можно констатировать, что, учитывая дебют заболевания в 23-летнем возрасте и достаточно активное лечение в условиях специ-

ализированной ревматологической клиники, больная прожила 28 лет, много превышающий срок жизни больных еще в 70-80 годы прошлого века. Пример показателен с точки зрения своевременной успешной терапии СКВ, проспективным наблюдением за больным и формирующейся в этой связи неплохой продолжительности жизни. Это можно считать показателем прогресса современных терапевтических стратегий в ревматологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерцева Л.В., Шаднева С.И., Костроченко Л.М., Калягин А.Н. Возможности применения ритуксимаба при аутоиммунной тромбоцитопении на фоне системной красной волчанки // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 99. №8. – С.158-160.
2. Злобина Т.И. Особенности ведения беременных с системной красной волчанкой: Методические рекомендации для врачей / Под ред. А.Н. Калягина. – Иркутск, 2008. – 20 с.
3. Иванова М.М. Системная красная волчанка // Диффузные болезни соединительной ткани. – М.: Медицина, 1994. – С.231-301.
4. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2008. – С.141-168.
5. Клиническая ревматология: руководство для практи-

ческих врачей / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: Фолиант, 2001. – С.208-223.

6. Насонова В.А. Системная красная волчанка. – М.: Медицина, 1972. – 230 с.

7. Тупицына Г.В., Осипок Н.В., Казанцева Н.Ю. Применение синхронной программной терапии в лечении системных заболеваний соединительной ткани // Современные проблемы ревматологии. – 2002. – №1. – С.59-60.

8. Склянова М.В., Калягин А.Н. Сложности ранней диагностики и лечения ревматических заболеваний // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – №5. Часть 2. – С.160-165.

9. Файзулина Д.Л., Шпрах В.В., Калягин А.Н. Особенности цереброваскулярной патологии при системной красной волчанке // Современная ревматология. – 2012. – №2. – С.24-31.

**Информация об авторах:** Осипок Надежда Владимировна – ассистент кафедры, к.м.н.; Казакова Рита Владимировна – ассистент кафедры; Черных Светлана Юрьевна – врач-ревматолог, 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, кафедра пропедевтики внутренних болезней, тел. (3952) 22-99-33.

© ЭНХЖАРГАЛ Я., АЛТАЙСАЙХАН Х., АНГАР Д., ЦЭРЭНДАГВА Д., ДАВААЛХАМ Д. – 2013  
УДК: 615.023

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ САМОКОНТРОЛЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА В МОНГОЛИИ

Я. Энхжаргал<sup>1</sup>, Х. Алтайсайхан<sup>1</sup>, Д. Ангар<sup>2</sup>, Д. Цэрэндагва<sup>1</sup>, Д. Даваалхам<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Монгольский Государственный Университет, <sup>2</sup>Медицинское Представительство Компании Ново Нордиск А/С, Улан-Батор, Монголия)

**Резюме.** Изучены некоторые антропометрические показатели, уровень артериального давления, характеристики углеводного обмена (уровень гликемии и содержание гликированного гемоглобина) у 150 больных (65 мужчин и 85 женщин, средний возраст 49,4±8,9 лет) с впервые выявленным диабетом 2-го типа в момент выявления заболевания, а также через три месяца от начала лечения заболевания. Среди обследованных 81 больной прошел специальное обучение в Школе технологий здравоохранения, Диабет-центре и больницах II уровня Улан-Батора в 2011 году. Оценивались знания больных о своем заболевании, а также владение методами самоконтроля по краткому опроснику «Brief-IPQ». Исследование проведено с согласия Медицинского комитета по этике Министерства здравоохранения Монголии. Каждый участник дал письменное информированное согласие на участие в исследовании. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения «SPSS-16». Через три месяца у больных, прошедших обучение, выявлен менее высокий уровень гликированного гемоглобина HbA1c (10,1±1,4, и 8,5±1,4%, p<0,0001), а также более высокая степень представления о своем заболевании и способах его самоконтроля по данным анкеты «Brief-IPQ».

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, обучение больных, самоконтроль, школы для больных сахарным диабетом, структурированные образовательные программы.

#### EVALUATION OF THE TRAINING PROGRAMS OF SELF-CONTROL FOR THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF THE SECOND TYPE, REVEALED FOR THE FIRST TIME IN MONGOLIA

Ya. Enkhargal<sup>1</sup>, H. Altaysayhan<sup>1</sup>, D. Angar<sup>2</sup>, D. Tserendagva<sup>1</sup>, D. Davaalham<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Mongolian State University, <sup>2</sup>Medical Representation of Novo Nordisk A / S, Ulan Bator, Mongolia)

**Summary.** Some anthropometric indicators, level of arterial pressure, the characteristic of carbohydrate metabolism (level of a glycemia and content of glyated hemoglobin) in 150 patients (65 men and 85 women, middle age 49,4±8,9 years) with diabetes mellitus of the 2nd type, revealed for the first time as well as in three months after a disease treatment initiation have been studied. Among them 81 patient were trained in School of technologies of health care, Diabetum Center and Hospitals of the II level in Ulan Bator in 2011. Knowledge of patients about their disease, and also knowledge of self-checking methods on a short questionnaire of “Brief-IPQ” were estimated. The research has been conducted with the agreement of Medical Committee on Ethics of Ministry of Health of Mongolia. Each participant gave the written informed consent for participation in research. The statistical analysis was carried out with the use of the software of “SPSS-16”. In three months in the patients who were trained, less higher level of glyated hemoglobin HbA1c (10,1±1,42, and 8,5±1,42%, p<0,0001) has been revealed, and also better understanding of the disease and ways of its self-checking according to “Brief-IPQ” questionnaire has also been noted.

**Key words:** type 2 diabetes patients, structured educational programs for the patients.