

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В.А. Третьякова, И.И. Третьяков

СЛУЧАЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ЛОБАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время одним из основных принципов практической, да и страховой, медицины является принцип доказательности. Постановка диагноза, выбор лечения, критерии излечимости, эффективности лечения должны быть подтверждены клинико-лабораторными и инструментальными исследованиями.

Мы приводим достаточно иллюстративную, как нам представляется, выписку из истории болезни.

Больная Т., 1953 г.р. поступила в терапевтическое отделение Среднеколымской районной больницы 18.10.2007 г. с направительным диагнозом: внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония. ДН 0. Артериальная гипертония 2А ст. ФК 2, риск 3. Ревматоидный артрит, акт 0-1. ФН-1. Хронический пиелонефрит в стадии неполной ремиссии.

Жалобы при поступлении: умеренная одышка.

Из анамнеза: считает себя больной в течение недели, когда появилась высокая температура до 39°C. Получала амбулаторное лечение: пенициллин 1 млн ЕД 2 раза в сутки в/м, диклофенак 3,0 в/м. Был сделан рентген-снимок грудной клетки: лобарная пневмония справа.

При поступлении: состояние средней тяжести. Положение активное, телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела - 37,6°C. Пальпация грудной клетки безболезненная. При перкуссии справа в средних отделах притупление легочного звука. Дыхание везикулярное, справа в средних отделах ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца усилены, ритмичные, ЧСС - 84 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги.

ОАК от 19.10.07: эр - $3,88 \cdot 10^{12}$, НВ - 123, цп - 0,94, л - $11,2 \cdot 10^9$, баз - 1, эоз - 1, п/я - 4, с/я - 62, лимф - 25, мон - 7, СОЭ - 50 мм/ч. ОАМ-б/о.

ТРЕТЬЯКОВА Варвара Алексеевна – врач-терапевт высшей квалиф. категории, засл. врач РС(Я), гл. внешт. терапевт Среднеколымской ЦРБ; **ТРЕТЬЯКОВ Иван Иванович** – врач-терапевт Среднеколымской ЦРБ.

Поставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония (лобарная) средней степени тяжести. ДН 0. Артериальная гипертония 2А, ФК 2, риск 3.

Назначено лечение: пенициллин 1 млн ЕД 3 р/сут в/м, цефотаксим 1,0 2 р/сут в/м, метрогил 100,0 2 р/сут, нистатин 500000 ЕД 3 р/сут, муколитики, биостимуляторы, витамины.

Мокрота на микрофлору и чувствительность к АБ от 23.10.07г.: ассоциация микроорганизмов, обсеменность 10^5 в 1 мл. Преимущественный рост грибковой микрофлоры *Candida albicans*.

Мокрота на ВК трехкратно отрицательно.

ОАК от 12.11.07 г.: эр - $3,62 \cdot 10^{12}$, НВ - 119, цп - 0,9, л - $8,9 \cdot 10^9$, баз - 1, эоз - 3, п/я - 1, с/я - 45, лимф - 45, мон - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

В результате лечения состояние улучшилось: исчезла одышка, нормализовались физикальные данные, рентген-картина.

Больная провела в отделении 25 койко-дней. Выписана 13.11.07 г. с выздоровлением.

Рекомендовано избегать переохлаждения, контроль крови через месяц, медотвод от прививок до нормализации картины крови, следить за АД, приём тенорика при

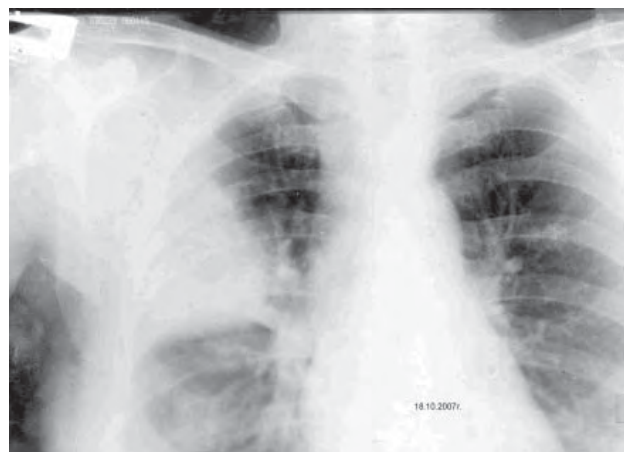


Рис.1. Обзорная рентгенограмма ОГК больной Т. от 18.10.2007 г. Острая правосторонняя лобарная пневмония?

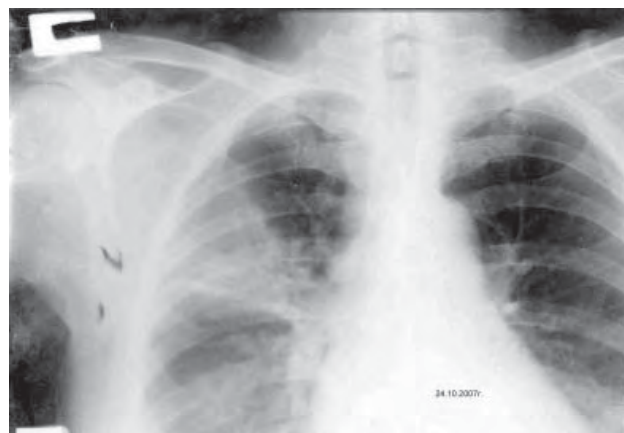


Рис.2. Обзорная рентгенограмма ОГК больной Т. в динамике от 24.10.07 г. Правосторонний лобит в стадии начавшегося рассасывания

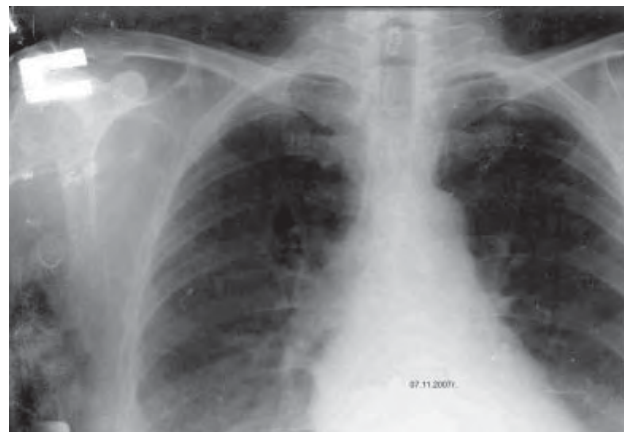


Рис.3. Контрольная рентгенограмма ОГК больной Т. от 07.11.07 г. Правосторонний лобит в стадии рассасывания

подъеме АД, подлежит Д-учету у участкового терапевта.

23.11.07 г. осмотр участкового терапевта на приеме: жалоб нет, состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - тоны ритмичные, ясные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано: сдать ОАК через месяц. Подлежит Д-учету в течение 12 месяцев.

28.12.07 г. ОАК: эр - $3,88 \cdot 10^{12}$, НВ - 128, цп - 0,9, Л - $6,0 \cdot 10^9$, эоз - 4, п/я - 1, с/я - 42, лимф - 46, моноц - 8, СОЭ - 5 мм/ч. ОАМ- б/о.

Больная продолжала прием поли-

витаминов, занималась дыхательной гимнастикой.

Резюме: таким образом, своевременная сочетанная антибиотикотерапия с использованием муколитиков, витаминов, биостимуляторов позволила добиться выздоровления у больной с лобарной пневмонией.

КОММЕНТАРИЙ СПЕЦИАЛИСТА

Лобарная пневмония в силу обширности поражения легочной ткани представляет собой тяжелую в плане лечения и прогноза клинко-морфологическую форму воспаления легких. Исход лобарной пневмонии зависит, прежде всего, от своевременности диагностики и правильного подбора антибактериальной терапии.

Авторами материала «Случай доказательности выздоровления от вне-

больничной лобарной пневмонии при соблюдении стандартов лечения» представлена история болезни пациентки 54 лет, находившейся на стационарном лечении по поводу правосторонней среднедолевой пневмонии. В результате своевременной и адекватной терапии достигнута положительная клинко-рентгенологическая динамика – ликвидация симптомов ин-

токсикации, нормализация гемограммы, рассасывание инфильтративных изменений в правом легком. Фотографии рентгенограмм легких убедительно иллюстрируют рентгенологическую картину до и после проведения курса эффективной терапии.

В связи с высокой иллюстративностью материал представляет интерес для врачей-клиницистов всех профилей и студентов медицинских вузов.

С.Н.С. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Т.Е. УВАРОВА

Я.Г. Радь, А.А. Аргунова, О.М. Колесова, Н.Л. Павлова, П.Б. Кривошапкин, Г.Д. Бугаев

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Редкой и очень тяжелой патологией является шеечная беременность. Она составляет 0,1 % от всех эктопических беременностей. Несмотря на низкую частоту редкой формы эктопической беременности, ее ранняя диагностика представляет большое прогностическое значение, т.к. прерывание ее сопровождается массивным кровотечением и может закончиться инвалидизацией женщины.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 30 лет, проблема как диагностики, так и лечения внематочной - шеечной беременности остается по-прежнему актуальной. До недавнего времени единственным методом лечения была экстренная гистерэктомия. Леталь-

ность при данной патологии составляла до 40-45%.

На сегодняшний день продолжается поиск новых возможностей в лечении данной патологии. Благодаря внедрению в практику высоких технологий, у гинекологов появилась возможность выполнения органосохраняющих операций с дальнейшим восстановлением репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью.

Причинами аномального прикрепления зародыша являются эндометрит, дистрофические и атрофические изменения эндометрия, обусловленные частыми искусственными абортами, повторными диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки. Проникновению зародыша в канал шейки матки могут способствовать опухоли, рубцовые изменения в области внутреннего зева, а также истмико-цервикальная недостаточность. Ворсины хориона глубоко внедряются в слизистый и мышечный слои, нередко прорастают всю стенку шейки матки и проникают в околоматочную клетчатку. По мере роста зародыша происходит истончение стенок шейки матки и отслойка плаценты. Хорошо развитая сеть кровеносных сосудов

и наличие варикозных узлов в стенке шейки матки способствуют развитию кровотечения, опасного для жизни. Кровотечение чаще возникает в первом триместре беременности, что, как правило, приводило к экстирпации матки.

Некоторые исследователи сообщают о возможности ушивания плододвместия после инструментального удаления плодного яйца. Но в этом случае существует большая опасность профузного кровотечения. Кровотечение при шеечной беременности всегда очень обильно, потому что стенки шейки матки истонченные, дряблые, а также нарушается структура сосудистых сплетений матки, т.к. там подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия.

При возникновении кровотечения необходима тугая тампонада шейки матки для подготовки пациентки к операции. Другого варианта остановки кровотечения при шеечной беременности до настоящего времени не существовало.

На базе гинекологического отделения Перинатального центра (ПЦ) РБ №1-НЦМ проанализировано два клинических случая внематочной

РАДЬ Яна Геннадьевна – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **АРГУНОВА Альбина Алексеевна** – зав. отделением ПЦ РБ №1 - НЦМ; **КОЛЕСОВА Ольга Михайловна** – врач акушер-гинеколог высшей квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ; **ПАВЛОВА Нюргюстана Лазаревна** – врач отделения УЗД; **КРИВОШАПКИН Петр Борисович** – врач рентген-хирургического отделения РБ №1-НЦМ; **БУГАЕВ Григорий Дмитриевич** – зав. рентген-хирургическим отделением РБ №1-НЦМ.