



шенствованию работы ОМС. Для повышения эффективности работы ОМС в первую очередь необходимо:

- провести разделение функциональных подразделений аптеки — ассистентской, рецептурно-экспедиционной и стерилизационной;
- выделить отдельное помещение (предпочтительнее ПКС) для хранения МИ с опасными физико-химическими свойствами (сжатые газы, дезинфицирующие средства и др.);
- организовать дополнительные рабочие места для персонала, а также места для хранения МИ за счет рационального использования новых ящиков медицинских укладочных от комплектов МИ.

Таким образом, проведенные в ходе ТСУ исследования показали, что современные ПКС и образцы КТО для развертывания и организации работы подразделений медицинского снабжения имеют высокие медико- и тактико-технические характеристики, а их использование способствует качественному решению поставленных задач в любых условиях обстановки. Реализация выработанных предложений позволит повысить эффективность организационно-плановых, производственных, эксплуатационных, контрольных и других мероприятий, проводимых ОМС медо (СПН) в вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях мирного времени.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.126.5-002-089

Крайнюков П.Е., Серговец А.А., Афонсков О.В., Борисов И.А., Далинин В.В., Крылов В.В. (malus5@yandex.ru), Диева Т.В. — Хирургическое лечение инфекционного эндокардита аортального клапана до развития тяжелых гемодинамических расстройств: случай из практики.

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва

Описан клинический случай диагностики и успешного хирургического лечения первичного инфекционного эндокардита аортального клапана до развития тяжелых гемодинамических расстройств и выраженной дисфункции клапана у молодого пациента. Выполнена санация камер сердца и протезирование аортального клапана механическим протезом в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии с хорошим клиническим результатом.

К л ю ч е в ы е с л о в а: инфекционный эндокардит, аортальный клапан, хирургическое лечение.

Krainyukov P.E., Sergovtsev A.A., Afonaskov O.V., Borisov I.A., Dalinin V.V., Krylov V.V., Dieva T.V. — Surgical treatment of infective endocarditis of the aortic valve before development of severe hemodynamic disorders: case report. A clinical case of diagnosis and successful surgical treatment of primary infective aortic valve endocarditis before development of severe hemodynamic disorders and severe valve dysfunction in a young patient is described. Sanitation of cardiac chambers and aortic valve prosthesis with mechanical cardiopulmonary bypass and cardioplegia with a good clinical outcome are performed.

К е y w o r d s: infective endocarditis, aortic valve, surgical treatment.

В настоящее время *инфекционный эндокардит* (ИЭ) вышел на 4-е место по частоте летальных исходов среди инфекционных синдромов. В связи с трудностями своевременной диагностики ИЭ около 87% больных поступают в стационар с неправильным диагнозом, а заболевание распознается только спустя 2–3 мес от момента появления первых жалоб. При первичном ИЭ наиболее часто поражается *аортальный клапан* (АК). Оперативное лечение на ранней стадии ИЭ не только спасает жизнь больного, но и сохраняет его трудоспособность. Основными факторами успешной операции являются ранняя диагностика и лечение в кардиохирургическом стационаре.

Приводим описание случая выявления и успешной хирургической коррекции первичного ИЭ с поражением АК у пациента М.,

1971 г. р., находившегося с 24 декабря 2015 по 19 января 2016 г. на лечении в одном из стационаров Москвы с диагнозом: карбункул правой почки, острый апостематозный пиелонефрит, правосторонний паранефрит. 24 декабря выполнена операция: люмботомия, вскрытие карбункула, декапсуляция правой почки, санация и дренирование забрюшинного пространства. Послеоперационный период — без особенностей. После выписки чувствовал себя хорошо, однако с 20 апреля стал отмечать повышение температуры тела до 38,5–39 °С, сопровождавшееся ознобом, слабостью, мышечными болями и обильным потоотделением. Без эффекта самостоятельно принимал сумамед и нестероидные противовоспалительные препараты. 2 мая по направлению врача поликлиники с подозрением на острый правосторонний пиелонефрит госпи-



тализирован в реанимационное отделение ЦВКГ им. П.В.Мандрыка. Трансторакальной и чреспищеводной ЭхоКГ выявлены массивные вегетации на створках АК, деструкции створок клапана, признаков тяжелой аортальной недостаточности не было. Кардиохирургом установлен предварительный диагноз: первичный инфекционный эндокардит с поражением АК, недостаточность АК I степени. В связи с необходимостью срочного оперативного лечения пациент переведен в отделение кардиохирургической реанимации для подготовки к операции.

При осмотре: область сердца не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены, верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см латеральнее левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, мягкий диастолический шум во II и V точках аускультации, акцента тона нет. Ритм правильный, ЧСС — 88 в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз — $10,8 \times 10^9/\text{л}$ без палочкоядерного сдвига. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови и коагулограмма — без особенностей. Трехкратно с интервалом 12 ч взяты пробы крови на стерильность, в двух пробах выявлен рост *Proteus mirabilis*, чувствительного к основным группам антибактериальных препаратов. ЭКГ в покое — без признаков очаговых изменений, ритм синусовый, ЧСС — 88 в мин, признаки гипертрофии ЛЖ. Рентгенография грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. УЗИ органов брюшной полости и почек: умеренная гепатоспленомегалия. Трансторакальная ЭхоКГ: фракция выброса ЛЖ в В-режиме — 60%, размеры полостей сердца в норме, умеренное расширение аорты на уровне синусов Вальсальвы до 40 мм, вегетация овальной формы размером до 11 мм на некоронарной створке АК, аортальная регургитация I степени. Чреспищеводная ЭхоКГ: массивные флотирующие вегетации на правой коронарной и некоронарной створках АК длиной до 1,2–1,3 см, аортальная регургитация 1–2 степени. Коронарография не проводилась в связи с тяжестью состояния пациента и высоким риском эмболии коронарных артерий вегетациями. Принято решение о проведении интраоперационной ревизии коронарных артерий (визуальной и пальпаторной).

На основании полученных данных сформулирован клинический диагноз: первичный инфекционный эндокардит с поражением АК, недостаточность АК I степени, атеросклероз аорты, атеросклероти-

ческий кардиосклероз. Определены показания к оперативному вмешательству: наличие массивных вегетаций на створках АК с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений с формированием вторичных септических очагов; подозрение на наличие генерализованного септического процесса; наличие абсцессов в основании створок АК с высоким риском развития деструкции клапана с формированием острой левожелудочковой недостаточности.

5 мая, на 2-е сутки нахождения в стационаре, выполнена операция: санация камер сердца, протезирование АК механическим протезом Carbomedics Aortic № 27, эпикардальная радиочастотная абляция устьев легочных вен в условиях *искусственного кровообращения* (ИК) и фармакоолодовой кардиopleгии (КУСТОДИОЛ). Длительность операции — 3 ч 12 мин, время ИК — 95 мин, время пережатия аорты (ишемии миокарда) — 68 мин. При интраоперационной ревизии створки АК деформированы, на них множественные бородавчатые вегетации, однако коаптация створок сохранена, следовательно, недостаточность АК практически отсутствовала. После иссечения створок обнаружено распространение бородавчатых вегетаций на фиброзное кольцо АК и выходной тракт ЛЖ. Фиброзное кольцо и выходной тракт обработаны растворами антисептиков.

Макропрепарат: правая коронарная створка деформирована, с множественными бородавчатыми вегетациями и признаком вскрывшегося абсцесса, отмечается крупная флотирующая вегетация длиной до 1,3 см; некоронарная створка деформирована, с множественными бородавчатыми вегетациями и «застарелым» абсцессом в основании створки, отмечается крупная разветвленная флотирующая вегетация длиной до 1,2 см; левая коронарная створка деформирована, с крупным свежим абсцессом в основании створки (рис. 1–4).

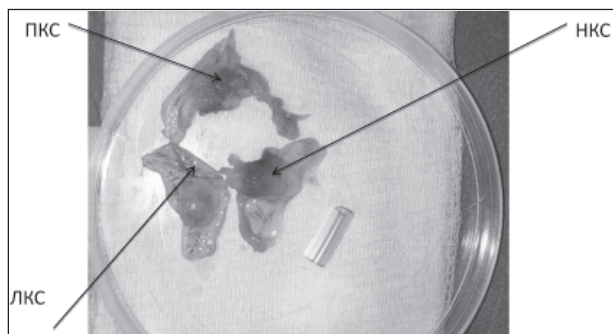


Рис. 1. Макропрепарат (интраоперационная фотография): створки АК (ПКС — правая коронарная створка, ЛКС — левая коронарная створка, НКС — некоронарная створка)



В аортальную позицию на 13 П-образных швах (Етибонд 2/0) имплантирован механический протез Carbomedics Aortic № 23. Аортотомный разрез ушит двухрядным швом (пролен 3/0). Шов аорты обработан биоклеем.

В связи с наличием у пациента пароксизмальной формы фибрилляции предсердий выполнена эпикардальная радиочастотная абляция устьев легочных вен с помощью аппарата Medtronic Cardiblade BP 2 Device с аппаратным подтверждением трансмуральности воздействия.

Послеоперационный диагноз: первичный инфекционный эндокардит с поражением АК, сепсис, спленомегалия. Проведена

Свежий абсцесс в основании створки

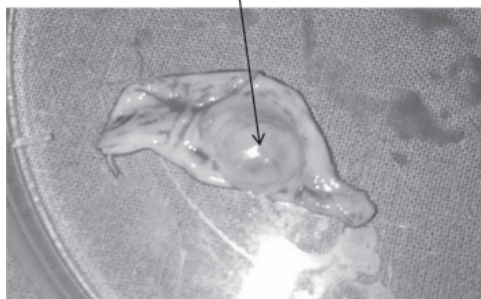
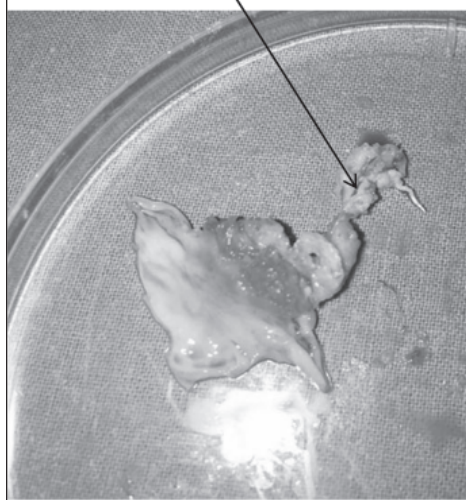


Рис. 2. Макропрепарат (интраоперационная фотография): левая коронарная створка АК

Флотирующая вегетация



Вскрывшийся абсцесс в основании створки

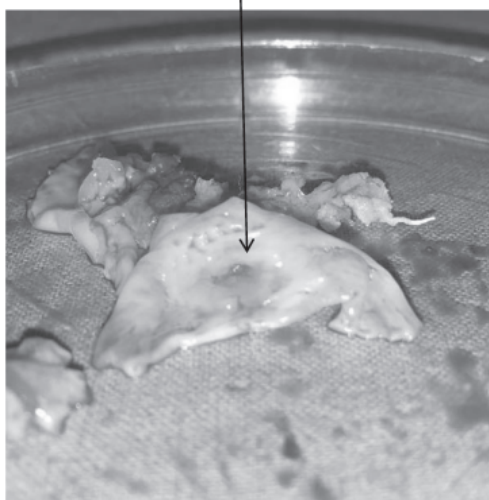
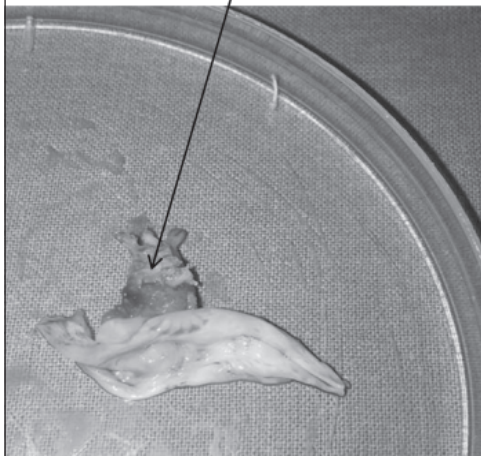


Рис. 3. Макропрепараты (интраоперационные фотографии): правая коронарная створка АК

Разветвленная вегетация



Разветвленная вегетация

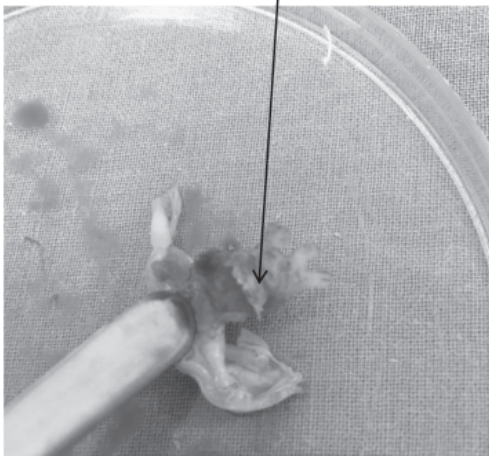


Рис. 4. Макропрепараты (интраоперационные фотографии): некоронарная створка АК



комплексная специфическая терапия ИЭ в соответствии с международными рекомендациями и рекомендациями НЦССХ им. А.Н.Бакулева:

- пентаглобин 50 мг/мл 5 мг/кг в/в капельно в течение 3 дней;
- полиоксидоний 6 мг/сут в/в капельно в течение 5 дней;
- галавит 100 мг/сут в/м в течение 5 дней;
- меронем 2 г/сут+метронидазол 1,5 г/сут в/в капельно в течение 6 дней, затем зивокс 1,2 г/сут+метронидазол 1,5 г/сут в/в капельно в течение 8 дней;
- амоксиклав 1000 мг+250 мг/сут внутрь в течение 10 дней.

Послеоперационный период протекал гладко. На 6-е сутки после операции пациент переведен в палату, на 27-е сутки, по окончании всех курсов антибиотикотерапии, направлен в клинику восстановительного лечения для реабилитации.

Таким образом, трудности диагностики ИЭ у пациента были связаны с наличием нетипичной клинической картины, в первую очередь обусловленной отсутствием дисфункции пораженного АК и формирования тяжелой аортальной недостаточности с присущими ей аускультативной картиной и

ЭхоКГ-признаками. Однако выявление стойкой бактериемии в двух пробах крови, взятых с интервалом 12 ч (*Proteus mirabilis*), ЭхоКГ-признаки, характерные для ИЭ (массивные флотирующие вегетации на правой коронарной и некоронарной створках АК, абсцессы в основании его створок) и наличие гектической лихорадки (эпизоды повышения температуры тела до 39 °С, сопровождавшиеся ознобом, слабостью, мышечными болями и обильным потоотделением), по классификации DUKE University соответствующих двум большим и одному малому критерию диагностики ИЭ, позволило достоверно установить диагноз. По хирургической классификации у пациента имел место острый первичный инфекционный эндокардит АК смешанной стадии (абсцедирующая и язвенно-бородавчатая) при минимальной деструкции кардиальных структур и отсутствии экстракардиальных осложнений. В данной ситуации в соответствии с национальными и международными рекомендациями единственно верным решением явилось срочное оперативное лечение. Его проведение позволило добиться хороших клинических результатов и сохранить молодому пациенту жизнь, здоровье и работоспособность.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.8-009.17-057.36-08

Крюков Е.В.¹, Чернецов В.А.¹, Казаков С.П.¹, Семисёрин В.А. (75kdp@mail.ru)², Хритинин Д.Ф.², Катенко С.В.², Малаховский В.В.², Каракозов А.Г.², Молодова А.И.², Левченко О.Б.², Козырев П.В.³, Краснов А.В.³ — Опыт коррекции астенических состояний у военнослужащих во внегоспитальных условиях.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²9-й Лечебно-диагностический центр МО РФ, Москва; ³Филиал «Санаторий «Марфинский» СКК «Подмосковье» МО РФ, с. Марфино, Московская область

Изложены результаты сравнительного анализа комбинированного лечения астенических состояний у офицеров в амбулаторно-поликлиническом звене, включающего сочетание психотерапевтической коррекции с рефлексотерапией, мануальной терапией, озono-, гирудо- и апитерапией. Показана высокая эффективность лечения соматических нарушений, обусловленных неалкогольной жировой болезнью печени в стадии стеатоза, алиментарно-конституциональным ожирением и метаболическим синдромом.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, астенические состояния, амбулаторно-поликлиническое звено, восстановительное лечение, психотерапевтическая коррекция.

Kryukov E.V., Chernetsov V.A., Kazakov S.P., Semiserin V.A., Khritinin D.F., Katenko S.V., Malakhovskii V.V., Karakozov A.G., Molodova A.I., Levchenko O.B., Kozыrev P.V., Krasnov A.V. — Experience of correction of asthenic states in military personnel under out-of-hospital conditions. The results of a comparative analysis of the combined treatment of asthenic conditions for officers in outpatient care, which includes a combination of psychological correction with reflexology, manual therapy, ozone-, hirudo- and apiotherapy. The high efficiency of the treatment of somatic disorders caused by non-alcoholic fatty liver disease in the stage of steatosis, alimentary-constitutional obesity and metabolic syndrome is shown.

К е у в о р д s: military, asthenic conditions, outpatient care, medical rehabilitation, psychotherapeutic correction.