



и 52,0 балла) и «Жизненная активность» (73,3, 66,7 и 43,3 балла).

По данным научной литературы (Давыдова Т.Е. и соавт., 2015), на военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, воздействует комплекс неблагоприятных факторов, ограничивающих уровень жизнедеятельности и отрицательно сказывающихся на состоянии их здоровья. В этой связи авторами было выдвинуто предположение о том, что низкие показатели КЖ могут быть связаны с неблагоприятными медико-социальными факторами, оказывающими влияние на военнослужащих в процессе их повседневной деятельности.

Для обоснования этого положения установлены и оценены корреляционные зависимости между показателями КЖ и факторами риска, такими как возраст, состояние здоровья, служебная (трудовая) деятельность, взаимоотношения в семье, материальное положение, обеспеченность жильем, качество медицинской помощи и социальная обеспеченность.

Согласно полученным результатам, сильная прямая связь с указанными факторами была выявлена у военнослужащих третьей группы. На качество жизни военнослужащих

второй группы наибольшее влияние оказывали трудовая занятость, взаимоотношения в семье и материальное положение. За год до увольнения военнослужащих первой группы в наибольшей степени беспокоили состояние здоровья, взаимоотношения в семье, обеспеченность жильем и социальная обеспеченность, которые значимо влияли на качество их жизни. Таким образом, корреляционные связи КЖ военнослужащих всех трех групп с факторами медико-социального риска имеют свои особенности в различные временные периоды, что необходимо учитывать при организации медико-психологического сопровождения данных контингентов.

С учетом того, что показатели КЖ военнослужащих чувствительны к изменениям состояния их здоровья (Кузовкина Т.Н., 2011; Князев И.Н. и соавт., 2015; Буданова Е.И. и соавт., 2016), целесообразно использовать полученные данные для оптимизации мониторинга качества жизни военнослужащих в процессе медицинского обеспечения их военной службы. Результаты исследования указывают на необходимость проведения коррекции психологического статуса военнослужащих и персонификации лечебно-оздоровительных мероприятий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК [616.131-005./7-089.168.1-06:615.273ю55]-055.2

Овчинников Ю.В. (*ovchinnikov.munk@mail.ru*)^{1,4}, **Линчак Р.М.**², **Зеленов М.В.**³, **Палченкова М.В.**⁴, **Салахеева Е.Ю.**⁵ — Успешная тромболитическая терапия пациентки с массивной тромбоэмболией легочной артерии в ранний послеоперационный период.

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва; ³Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва; ⁴Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва; ⁵Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Приведен пример успешного проведения тромболиза у пациентки 65 лет с массивной тромбоэмболией легочной артерии, развившейся в ранний послеоперационный период после плановой операции по протезированию коленного сустава. Был применен системный тромболитиз тканевым активатором плазминогена альтеплаза по ускоренной методике (50 мг в течение 15 мин). С целью уменьшения риска геморрагических осложнений процедура проведена с использованием устройства для обескровливания конечностей. Основную роль в спасении жизни пациентки с крайне тяжелым вариантом течения тромбоэмболии легочной артерии, по мнению авторов, сыграли своевременная диагностика развившегося грозного осложнения и осуществление системного тромболиза, несмотря на наличие противопоказаний для его проведения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: *тромбоэмболия легочной артерии, тромболитическая терапия, альтеплаза, ранний послеоперационный период,*

Ovchinnikov Yu.V., Linchak R.M., Zelenov M.V., Palchenkova M.V., Salakheeva E.Yu. — Successful thrombolytic therapy in female patient with massive pulmonary embolism in early post-operative period. Authors give an example of successful thrombolysis in female patient, age 65, with massive pulmonary embolism, advanced in early post-operative period after the planned knee replacement surgery. The accelerated (50 mg during 15 minutes) system thrombolysis with a tissue-type plasminogen activator of alteplase was applied. With the aim to reduce bleeding complication risk, the procedure was performed with the use of bleeding installation for extremities. The main role in saving life of female patient with severe pulmonary embolism, according to authors, played timely diagnosis of the advanced disease and the system thrombolysis despite contraindications.

К е у w o r d s: *pulmonary embolism, thrombolytic therapy, alteplase, early post-operative period.*



Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает третье место в ряду наиболее частых причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, второе – внезапной смерти. Частота ТЭЛА достигает 100–200 случаев на 100 тыс. населения. В Вооруженных Силах РФ ТЭЛА являлась непосредственной причиной смерти в 2014 г. – в 6,7% всех летальных исходов, в 2015 г. – в 7,7%, в 2016 г. – 6,8% случаев.

К наиболее значимым предрасполагающим факторам развития ТЭЛА, связанным с внешними вмешательствами, относятся обширная травма, большое общее оперативное вмешательство, перелом шейки бедра или конечности, протезирование бедренного и коленного суставов, травма спинного мозга. Таким образом, самый высокий риск развития ТЭЛА отмечается при ортопедических операциях, особенно в первые две недели.

Эффективным способом восстановления кровотока по легочному артериальному руслу у больных с массивной ТЭЛА служит *тромболитическая терапия* (ТЛТ). Вместе с тем применение фибринолитических средств сопровождается высоким риском развития кровотечений различной степени выраженности. Одним из абсолютных противопоказаний к проведению тромболитической терапии является тяжелая травма или оперативное вмешательство в предшествующие 10 дней. В то же время, по данным современных отечественных и иностранных рекомендаций, у больных с ТЭЛА, представляющей непосредственную угрозу жизни, абсолютные противопоказания можно рассматривать как относительные.

Приводим пример успешного проведения тромболитической терапии у больной с массивной ТЭЛА, развившейся в ранний послеоперационный период после плановой операции по протезированию коленного сустава.

Больная К., 65 лет, поступила в травматологическое отделение Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова 16.08.2001 г. в плановом порядке с диагнозом «Посттравматический гонартроз правого коленного сустава».

С 2000 г. диагностируется гипертоническая болезнь второй стадии, максимальное артериальное давление до 160/90 мм рт. ст., на фоне регулярного приема престариума 10 мг/сут АД стабилизировалось на уровне 120–130/80 мм рт. ст. Инфарктов, инсультов не переносила. В 1985 г. получила травму правого коленного сустава; с 2002 г. диагностируется посттравматический гонартроз правого коленного сустава. В 2013 г. определены показания для проведения эндопротезирования правого коленного сустава. Проведено стандартное предоперационное обследование, не выявившее противопоказаний для оперативного лечения.

18.08.2013 г. выполнена операция: тотальное эндопротезирование правого коленного сустава. Анестезия и ранний послеоперационный период протекали без особенностей. 21.08.2013 г. в 8 ч 30 мин у пациентки при попытке подняться с кровати внезапно появилась выраженная общая слабость, резкая одышка, предобморочное состояние, головокружение, зарегистрировано АД 80/40 мм рт. ст. Диагностирована массивная ТЭЛА. Пациентка экстренно транспортирована в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При поступлении состояние тяжелое. Жалобы на одышку в покое, удушье. При осмотре: выраженный центральный цианоз, пульс 105 в минуту, ритмичный. Тоны сердца глухие, шумов нет. АД 145/90 мм рт. ст. Частота дыхательных движений в покое 30 в минуту, при разговоре – до 40 в минуту. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, ослаблено справа, хрипов нет. Сатурация кислорода (SaO₂) артериальной крови без оксигенотерапии 57%, при оксигенотерапии со скоростью 10 л/мин через маску – 82–88%. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Правая нижняя конечность отечна на всех уровнях. Над областью операционной раны (правый коленный сустав) асептическая повязка, чистая, сухая.

Анализ крови от 21.08.2013 г.: гемоглобин – 116 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 258×10^9 /л. Коагулограмма от 21.08.2012 г.: D-димер – 1100 мг/л, АЧТВ – 52,8 с, международное нормализованное отношение – 1,47, протромбиновое время – 70,8 с, фибриноген – 6,64 г/л.

ЭКГ – синусовый ритм с частотой 96 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, интервалы: PQ – 0,14 с, QRS – 0,08 с., QT – 0,36 с, нарушения проведения по правой ножке пучка Гиса. Рентгенография органов грудной клетки – сосудистый рисунок слева резко обеднен, справа – картина отека легких. Эхокардиография: правые камеры сердца больше левых (в 4-камерной позиции). Систолическое давление в легочной артерии 55 мм рт. ст. Аорта не расширена. Нарушений сократимости левого желудочка не определяется. Центральное дуплексное сканирование вен нижних конечностей: данных за тромбоз вен нижних конечностей не получено.

На основании клинической картины, результатов обследования установлен диагноз: «Массивная ТЭЛА из неустановленного источника, отек правого легкого. Острая дыхательная недостаточность 2 стадии». Диагноз подтвержден компьютерной ангио-



пульмонографией: картина массивной ТЭЛА с поражением левой главной легочной артерии с распространением на верхнедолевую артерию, артерию к язычковым сегментам, а также нижнедолевую артерию и к 9-му сегменту, справа – с поражением артерии к 9-му сегменту (42 балла); отек правого легкого. Принято решение о проведении тромболитической терапии по жизненным показаниям, несмотря на наличие противопоказаний (недавнее оперативное вмешательство), высокий риск геморрагических осложнений, постгеморрагическую анемию, прием непрямых антикоагулянтов.

В 14 ч 30 мин 21.08.2013 г. начат сеанс системного тромболитика тканевым активатором плазминогена альтеплаза по ускоренной методике (50 мг в течение 15 мин). С целью уменьшения риска геморрагических осложнений процедура проведена с использованием устройства для обескровливания конечностей, которое наложено непосредственно перед началом тромболитика на среднюю треть правого бедра под давлением 280 мм рт. ст. на 60 мин.

Во время тромболитика отмечено повышение SaO_2 до 98%. В течение последующего времени пациентка находилась в сознании, адекватна, гемодинамика стабильная (АД 125/80 мм рт. ст., ЧСС 80 в 1 мин) без инотропной поддержки, SaO_2 100% на фоне продолжающейся ингаляции кислорода через лицевую маску, затем через носовой

катетер. Отмечалась локальная кровоточивость небольшой интенсивности в нижней трети операционной раны.

В серии анализов крови 22–30.08.2013 г.: гемоглобин – 103–115 г/л, эритроциты – $2,9\text{--}3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,1\text{--}6,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – $128\text{--}354 \times 10^9$ /л.

22.08.2013 г. выполнены контрольные инструментальные исследования. ЭхоКГ: правые камеры сердца не расширены, систолическое давление в легочной артерии 32 мм рт. ст. По данным компьютерной ангиопульмонографии обнаружено, что кровоток по левой главной легочной артерии, левой верхнедолевой артериям не нарушен, кровоток артерии к язычковым сегментам, а также нижнедолевой артерии и к S_9 справа – практически не нарушен (10 баллов).

24.08.2013 г. больная в стабильном состоянии переведена в профильное отделение, где продолжена антикоагулянтная терапия фраксипарином и варфарином. 02.09.2013 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства.

Приведенное клиническое наблюдение характеризует крайне тяжелый вариант течения ТЭЛА. Основную роль в спасении жизни пациентки, по нашему мнению, сыграли своевременная диагностика развившегося грозного осложнения и осуществление системного тромболитика, несмотря на наличие противопоказаний для его проведения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.6-085:615.281.9

Есипов А.В.¹, Костин А.А.², Кочетов А.Г.¹, Есипов А.С. (alexeyesi pov@mail.ru)¹ – Комбинированная терапия как профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в урологии.

¹3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ²Факультет повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, Москва

Изучение и разработка методов профилактики осложнений гнойно-воспалительного характера в урологии остается актуальным и в 21 в. Выбор наиболее рациональной методики профилактики осложнений позволяет предупредить их развитие и сократить койко-день в стационаре в среднем на 25%. В данной статье представлены результаты применения комбинированной методики, которая оказывает положительное воздействие на пациентов после выполнения оперативного пособия на органах мочеполовой системы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: монооксид азота, лимфотропная терапия, антимикробная терапия, критерии качества проводимого лечения.

Esipov A.V., Kostin A.A., Kochetov A.G., Esipov A.S. – Combined therapy as a prophylaxis of postoperative pyoinflammatory complications in urology. Issues of research studies and development of prevention of pyoinflammatory complications in urology remain acute in 21st century. The choice of the most rational prevention technique allows preventing its development and reducing an amount of bed-days in a hospital in average by 25%. This article presents the application results of the combined technique, which has a positive impact on patients after urogenital surgical procedures.

К е у в о р д с: nitrogen monoxide, lymphotropic therapy, antimicrobial therapy, therapy quality criterion.