

Тихоокеанский Медицинский Журнал

PACIFIC MEDICAL JOURNAL

2013, № 3

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году
Выходит один раз в три месяца

К 120-летию ПРИМОРСКОЙ КРАЕВОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1



Издательство
МЕДИЦИНА ДВ

Главный редактор В.Б. Шуматов

Редакционная коллегия:

Н.Н. Беседнова, Б.И. Гельцер, А.И. Дубиков, Е.В. Елисеева, Ю.В. Каминский, Е.В. Крукович, Ю.В. Кулаков, П.А. Лукьянов, В.Н. Лучанинова, Е.В. Маркелова, В.И. Невожай, В.А. Невзорова (зам. главного редактора), В.А. Петров, К.В. Стегний, Л.В. Транковская (отв. секретарь), В.Б. Туркутюков, Ю.С. Хотимченко, В.М. Черток (зам. главного редактора), В.В. Шапкин, А.Д. Юцковский

Редакционный совет:

А.С. Белевский (Москва), А.Ф. Беляев, А.В. Гордеев, Ю.И. Гринштейн (Красноярск), С.Е. Гуляева, Н.А. Догадина, В.А. Иванис, Ю.И. Ишпахтин, В.П. Колосов (Благовещенск), Д.Б. Ларионова, В.Ю. Мареев (Москва), В.Я. Мельников, П.А. Мотавкин, А.Я. Осин, А.А. Полежаев, Б.Я. Рыжавский (Хабаровск), Л.М. Сомова, Г.И. Суханова, Н.Д. Татаркина, Л.Н. Трусова, Г.И. Цывкина, Jin Liang Hong (КНР), Moon oh Riin (Республика Корея), Yamamoto Masaharu (Япония), Zhao Baochang (КНР)

Научный редактор О.Г. Полушин

Ответственный редактор номера А.Г. Файзенгер

«Тихоокеанский медицинский журнал», 2013, № 3 (53)

<p>Тихоокеанский медицинский журнал Учредители: Тихоокеанский государственный медицинский университет, Департамент здравоохранения администрации Приморского края, НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства <i>Свидетельство о регистрации</i> <i>Министерства РФ по делам печати,</i> <i>телерадиовещания и средств массовых</i> <i>коммуникаций</i> ПИ № 77-13548 от 20.09.2002 г.</p>	<p>Адрес редакции: 690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4, Тихоокеанский государственный медицинский университет Тел./факс: +7 (423) 245-77-80</p> <p>Редактор О.Н. Мишина</p> <p>Зав. редакцией Л.В. Вережкина Технический редактор Е.С. Чикризова Тел.: +7 (423) 245-56-49</p> <p>Корректор Е.А. Пинчук</p>	<p>Издательство «МЕДИЦИНА ДВ» 690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4; тел.: 245-56-49; e-mail: medicinadv@mail.ru</p> <p>Подписано в печать 22.06.2013 г. Печать офсетная. Формат 60×90/8 Усл. печ. л. 12,5. Заказ № 2866 Тираж 1000 экз.</p> <p>Отпечатано ИД «Принт-Восток» в типографии № 1 г. Харбин (Китай)</p> <p>Цена свободная</p>
---	--	---

Выпуски «Тихоокеанского медицинского журнала» доступны на сайтах <http://tmj-vgtmu.ru>, <http://elibrary.ru> и <http://vgtmu.ru>
Правила оформления статей и сведения об авторах публикаций находятся на сайтах <http://tmj-vgtmu.ru>, <http://vgtmu.ru>

Передовые статьи

Краевая больница: вчера и сегодня 5

Обзоры

Росинская А.В., Датицева В.К.

Современные подходы к диагностике ранней стадии болезни Паркинсона 8

Лекции

Овчинников В.В.

Телемедицина: проблемы правового регулирования 12

Оригинальные исследования

Новиков А.Ю., Смирнов Г.А., Михайленко А.М.,

Голуб И.Е., Сорокина Л.В.

Профилактика гипердинамической реакции системы кровообращения при интубации трахеи 16

Силаев А.А., Турмова Е.П., Маркелова Е.В., Громовой Р.М.,

Голуб И.Е., Шкорик Е.В., Хелимский А.А.

Анализ эффективности цитокинотерапии в послеоперационном периоде у пациентов с коронарным атеросклерозом 18

Рожнова Е.А., Киняйкин М.Ф., Шаповал М.А.,

Суханова Г.И., Данилец А.В., Наумова И.В., Хаирзаманова Т.А.

Синдром ночного апноэ у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 22

Бивалькевич Н.В., Караман Ю.К.

Взаимосвязь экспрессии гемоксигеназы-1 и активности апоптотических процессов в печени крыс при неалкогольном стеатогепатите 25

Овчинникова А.А., Архипенко И.В.

Цереброваскулярная патология и эпилепсия пожилого возраста 29

Шульга И.В., Мацак В.А., Вишневская А.Н.

Анализ результатов хирургического лечения больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны 32

Михеева И.В., Кондрашова Н.М., Таратун Л.В.

Особенности церебральной гемодинамики при хронических нарушениях мозгового кровообращения 35

Белова С.В.

Влияние кальцитонина на состояние соединительнотканых структур кроликов с экспериментальным артритом 38

Астапов Д.А., Караськов А.М., Ким М.В.,

Семенова Е.И., Демидов Д.П.

Отдаленные результаты протезирования трикуспидального клапана биологическими протезами: ретроспективное исследование 41

Почекутова И.А., Кулаков Ю.В., Коренбаум В.И.

Анализ трахеальных шумов форсированного выдоха для подтверждения обструкции у больных бронхиальной астмой с нормальными спирографическими показателями 44

Комендантова Н.С., Кулаков Ю.В., Синенко А.А.,

Лукиянов П.А.

Цитокиновый профиль у больных ревматоидным артритом с гиперхолестеринемией 47

Стегний К.В., Фелелов Е.А., Черкашин А.Я., Кульков А.В.,

Супрун А.И., Шкарбанов А.А., Марчук М.В., Бирюков К.А.

Клиническая эффективность с экономическими параллелями хирургического лечения декомпенсированных форм венозной недостаточности нижних конечностей 49

Раповка В.Г., Гаврина С.Е., Рогаткина Е.С.,

Денисенко Л.С., Шкуратова О.К., Иванов С.П.

Влияние раннего энтерального питания на иммунный статус в послеоперационном периоде у пациентов с раком ободочной кишки 52

Голуб И.Е., Сорокина Л.В., Новиков А.Ю.,

Михайленко А.М.

Применение урапидила в интраоперационном периоде у больных с распространенным атеросклерозом и высоким операционно-анестезиологическим риском 56

Бекбосынов А.Ж.

Факторы риска острых нарушений мозгового кровообращения в промышленно развитом регионе Республики Казахстан и их современные тенденции 59

Кривелевич Е.Б., Гуляева С.Е., Лутченко Е.Н.,

Нидзельский П.Н.

Цереброваскулярная патология в Приморском крае: заболеваемость и проблемы лечения 61

Дьякович М.П., Куренкова Г.В.

Профессиональное здоровье работников, обслуживающих подземные железнодорожные магистрали Прибайкалья: функциональные резервы и риск донозологических состояний 65

Ермолина Л.Н., Фролов В.В., Котиков В.О.

Опыт эмболизации маточных артерий в Приморском крае 70

Методика

Киняйкин М.Ф., Машкова А.В., Завальнюк С.Г.,

Вороневская Т.Ю., Полушин О.Г., Наумова И.В., Удадьцова Н.Н.

Опыт использования эндобронхоультрасонографии в Приморском крае 72

Мартыненко И.В., Кочергина Е.С., Масай Ю.В., Глушак С.В.

Лечение ахалазии кардии 75

Евдокимова Е.Ю., Чеснокова О.В., Мухина И.Л., Андреева Т.В.,

Гаврина С.В., Москаленко А.С., Гордеева А.И., Сайк О.В.

Первый опыт антицитокиновой терапии воспалительных заболеваний кишечника в Приморском крае 76

Блоцкий А.А., Карпищенко С.А., Блоцкий Р.А.

Лечение вазомоторного ринита высокоэнергетическим лазером в амбулаторных условиях 79

Организация здравоохранения

Соболевская О.А., Пономарев А.Ф., Гаврина С.Е.,

Денисенко Л.С., Шкуратова О.К., Рогаткина Е.С., Иванов С.П.

Колоректальный рак в Приморском крае: проблемы диагностики и лечения 80

Транковская Л.В., Анищенко Е.Б., Дыняк Г.С.

Состояние здоровья работников ведомственной охраны железнодорожного транспорта 83

Кузьмин А.В., Овчинников В.В., Богданова Л.А., Шульман Е.И.

Информационные технологии в здравоохранении: перспективы развития и правовое регулирование 86

Наблюдения из практики

Накоренок А.А., Сенотрусова И.В., Тымчук З.Ф., Топчий О.С.

Применение лираглутида после пересадки почки у пациента с вирусным гепатитом С 90

Гуляев С.А.

Участие глубинных структур головного мозга в развитии эпилептического разряда 91

Синенко А.А., Абрамочкина Е.Б., Файзенгер Е.М., Сюсина О.И.,

Лупач Н.М., Глазкова Н.Н., Комендантова Н.С.

Последствия неадекватной терапии подагрического артрита ... 95

Педагогика

Бойцова И.И., Макушева Ж.Н., Огородникова Э.Ю.

Эффективность применения проектно-модульного обучения иностранному языку в медицинском вузе 97

История медицины

Пономарев А.Ф., Раповка В.Г., Соболевская О.А.

Страницы истории хирургии Приморского края 99

Краткие сообщения

Кочергина Е.С., Мартыненко И.В., Масай Ю.В., Глушак С.В.

Рентгенэндоскопическое лечение рубцовых стриктур пищевода 103

Минаева Л.А., Погорелова Г.Ф., Гайдай Л.А.,

Ширковец А.В., Погорелова Т.Л.

Современный подход к ведению беременных с сахарным диабетом 104

Editorials

Regional Hospital of yesterday and today	5
--	---

Reviews

<i>Rosinskaya A. V., Datieva V.K.</i> Modern approaches to diagnosing early Parkinson's disease	8
--	---

Lectures

<i>Ovchinnikov V.V.</i> Telehealth: regulatory problems	12
--	----

Original Researches

<i>Novikov A. Yu., Smirnov G.A., Mikhailenko A.M., Golub I.E., Sorokina L.V.</i> Preventing hyperdynamic response of cardiocirculatory system during intubation of trachea	16
--	----

<i>Silaev A.A., Turmova E.P., Markelova E.V., Gromovoy R.M., Golub I.E., Shkorik E.V., Khelimskiy A.A.</i> Assessing efficiency of cytokine therapy during post-operative period in patients with coronary atherosclerosis	18
--	----

<i>Rozhnova E.A., Kinyaikin M.F., Shapoval M.A., Sukhanova G.I., Danilets A.V., Naumova I.V., Khairzamanova T.A.</i> Obstructive sleep apnoea syndrome in patients with chronic obstructive lung disease	22
--	----

<i>Bivalkevich N.V., Karaman Yu.K.</i> Correlation of heme oxygenase-1 expression and activity of apoptotic processes in rat liver in case of non-alcoholic steatohepatitis	25
--	----

<i>Ovchinnikov A.A., Arkhipenko I.V.</i> Cerebrovascular pathology and epilepsy in old age	29
---	----

<i>Shulga I.V., Matsak V.A., Vishnevskaya A.N.</i> Analyzing results of surgical treatment of tumours of patients with tumours in pancreatodu-odenal area	32
---	----

<i>Mikheeva I.V., Kondrashova N.M., Taratun L.V.</i> Distinctive features of cerebral hemodynamics in case of chronic disturbances of cerebral blood circulation	35
--	----

<i>Belova S.V.</i> Effect of calcitonin on connective tissue in rabbits with experimental arthritis	38
---	----

<i>Astapov D.A., Karaskov A.M., Kim M.V., Semenova E.I., Demidov D.P.</i> Late results of tricuspid valve repair with biological prostheses: a retrospective study	41
--	----

<i>Pochekutova I.A., Kulakov Yu.V., Korenbaum V.I.</i> Analysing tracheal sounds during forced expiration to confirm obstruction in patients with bronchial asthma with normal spiographic values	44
--	----

<i>Komendantova N.S., Kulakov Yu.V., Sinenko A.A., Lukyanov P.A.</i> Cytokine profile in patients with rheumatoid arthritis with hypercholesterolemia	47
---	----

<i>Stegniy K.V., Fefelov E.A., Cherkashin A. Ya., Kulkov A.V., Suprun A.I., Shkarbanov A.A., Marchuk M.V., Birukov K.A.</i> Clinical efficiency with economic parallels of surgical treatment of decompensated forms of venous insufficiency in lower extremities	49
--	----

<i>Rapovka V.G., Gavrina S.E., Rogatkina E.S., Denisenko L.S., Shkuratova O.K., Ivanov S.P.</i> Effect of early enteral feeding on immune status during post-operative period in patients with colorectal cancer	52
--	----

<i>Golub I.E., Sorokina L.V., Novikov A. Yu., Mikhailenko A.M.</i> Use of Urapidil in intra-operative period in patients with widespread atherosclerosis and high surgical and anaesthesiologic risk	56
---	----

<i>Bekbosynov A.Zh.</i> Risk factors of acute disturbance of brain cyrculation in industrially developed region of the Republic of Kazakhstan and their current trends	59
---	----

<i>Krivelevich E.B., Gulyaeva S.E., Lutchenko E.N., Nidzelsriy P.N.</i> Cerebrovascular pathology in Primorsky Krai: disease incidence and problems of treatment	61
--	----

<i>Dyakovich M.P., Kurenkova G.V.</i> Occupational health of personnel servicing the Pribaikalye underground trunk railways: functional reserves and risk of donozological states	65
--	----

<i>Ermolina L.N., Frolov V.V., Kotikov V.O.</i> Experience in uterine artery embolisation in Primorsky Krai	70
--	----

<i>Kinyaikin M.F., Mashkova A.V., Zavalnyuk S.G., Voronevs T.Yu.</i> Applying endobronchial ultrasonoscopy in Primorsky Krai	72
---	----

<i>Martyinenko I.V., Kochergina E.S., Masay Yu.V., Glushak S.V.</i> Treating oesophageal achalasia	75
---	----

<i>Evdokimova E. Yu., Chesnokova O.V., Mukhina I.L., Andreeva T.V., Gavrina S.V., Moskalenko A.S., Gordeeva A.I., Sayk O.V.</i> Analysing the pioneer experience of anti-cytokine therapy of inflammatory bowel disease in Primorsky Krai	76
---	----

<i>Blotskiy A.A., Karpischenko S.A., Blotskiy R.A.</i> Treating vasomotor rhinitis with high-energy laser device in outpatient settings	79
---	----

Public Health Organization

<i>Sobolevskaya O.A., Ponomarev A.F., Gavrina S.E., Denisenko L.S., Shkuratova O.K., Rogatkina E.S., Ivanov S.P.</i> Colorectal cancer in Primorsky Krai: issues of diagnosing and treatment	80
--	----

<i>Trankovskaya L.V., Anishchenko E.B., Dynyak G.S.</i> Railway security force state of health	83
---	----

<i>Kuzmin A.V., Ovchinnikov V.V., Bogdanova L.A., Shulman E.I.</i> Information technologies in public health services: future and legal regulation	86
--	----

Practice Observations

<i>Nakorenok A.A., Senotrusova I.V., Tyimchuk Z.F., Topchiy O.S.</i> Use of liraglutide after kidney transplantation in patient with viral hepatitis C	90
--	----

<i>Gulyaev S.A.</i> Role of deep brain structures in occurring epileptic discharge	91
---	----

<i>Sinenko A.A., Abramochkina E.B., Fizenger E.M., Syusina O.I., Lupach N.M., Glazkova N.N., Komendantova N.S.</i> Consequences of inadequate treatment of gouty arthritis	95
---	----

Pedagogy

<i>Boytsova I.I., Makusheva Zh.N., Ogorodnikova E. Yu.</i> Effectiveness of the usage of foreign language project-modular training at a medical university	97
--	----

Medical History

<i>Ponomarev A.F., Rapovka V.G., Sobolevskaya O.A.</i> History of surgery in Primorsky Krai: several chapters	99
--	----

Short Reviews

<i>Kochergina E.S., Martyinenko I.V., Masay Yu.V., Glushak S.V.</i> X-ray endoscopic treatment of corrosive oesophageal strictures	103
---	-----

<i>Minaeva L.A., Pogorelova G.F., Gaiday L.A., Shirkovets A.V., Pogorelova T.L.</i> Modern approach to managing pregnant women with diabetes mellitus	104
---	-----

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

Приморская краевая клиническая больница № 1 – многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение, обеспечивающее специализированной стационарной и консультативной амбулаторно-поликлинической помощью население Приморского края.

Все начиналось с 18 коек, которые располагались в одноэтажном деревянном доме. Первым главным врачом, руководившим больницей с 1893 по 1897 г., стал Борис Александрович Перлин. Человек бурного темперамента, он, в прямом смысле слова, пробил через чиновничьи преграды идею необходимости создания больницы для горожан. Затем краевой больницей руководили П.С. Тенчинский (1897–1907), Е.П. Панов (1907–1919), Е.Л. Луценко (1919–1922), С.С. Спаский (1923), К.И. Легков (1923–1927), К.Н. Павленко (1927–1953), В.В. Мирян (1953–1957), М.Т. Савицкий (1958–1961), Б.М. Костин (1961–1971), А.И. Хавилов (1971–1982), В.А. Калашников (1982–1987), В.А. Аleshин (1987–1989), Э.Н. Вершинин (1990), А.Г. Вакуленко (1990–1997), Ю.А. Селютин (1997–2002), В.А. Лохов (2002–2004) и А.Г. Герец (2004–2011). С 2011 г. коллектив возглавляет А.В. Кузьмин.

Личность Б.А. Перлина заслуживает более подробного рассказа. Он окончил медицинский факультет Казанского университета, работал врачом в Самарской, Вятской и Павлоградской губерниях, в Петропавловске-Камчатском, а также в Александровском лазарете для каторжан на Сахалине. В это время состоялось его знакомство с А.П. Чеховым, который посетил остров и останавливался у Б.А. Перлина. «Доктор, – вспоминал Антон Павлович, – пригласил меня переехать к нему, и в тот же день вечером я поселился на главной улице поста...» Их знакомство быстро переросло в дружбу, которая активно поддерживалась в последующие годы. Много о Сахалине Чехов узнал от Перлина. Он писал:

«Доктор показал мне целую кипу бумаг, написанную им, как он говорил, в защиту правды и человеколюбия. Это были копии с прошений, жалоб, рапортов...». Б.А. Перлин старался облегчить участь каторжан, чем вызвал раздражение у тюремного начальства и в итоге был выслан с Сахалина. Данный факт оказался печальным для Сахалина, но положительным для Владивостока.

Особый вклад в развитие больницы внес Константин Николаевич Павленко, который занимал должность главного врача самое продолжительное время – с 31 марта 1927-го по 11 марта 1953 г. Впервые как врач и организатор здравоохранения К.Н. Павленко проявил себя в годы Гражданской войны, работая земским доктором в амбулатории п. Шкотово. При его личном участии проходило развитие сети лечебных учреждений Владивостока, от краевой больницы отделились станция скорой помощи, станция переливания крови, детская больница, инфекционная больница, психиатрическая больница. К.Н. Павленко впервые стал проводить во Владивостоке научные конференции врачей. Понимая роль среднего персонала в деле ухода за пациентами, он стал создателем и руководителем школы медицинских сестер. Константин Николаевич носил звание «Заслуженный врач РСФСР», был награжден знаком «Отличник здравоохранения РСФСР», орденом «Знак почета», орденом Ленина. В его честь на терапевтическом корпусе больницы размещена мемориальная доска.

В настоящий момент государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Приморская краевая клиническая больница № 1» – самое мощное многопрофильное лечебное учреждение Приморского края, флагман краевого здравоохранения. Из 750 стационарных коек 305 – хирургического, 300 – терапевтического профиля и 145 – акушерско-гинекологического



Основатель первой гражданской больницы во Владивостоке Б.А. Перлин (1835–1901)



Главный врач ПККБ № 1
А.В. Кузьмин



К.Н. Павленко (4-й слева в первом ряду) среди медицинских работников

профиля. Ежегодно в стационаре проходят лечение более 17 тыс. пациентов, выполняется более 6 тыс. операций. В составе больницы краевая консультативная поликлиника мощностью 132 приема в смену, специалисты которой обслуживают до 80 тыс. пациентов в год. Сегодня в больнице работают 5 докторов и 33 кандидата медицинских наук, 8 заслуженных врачей РФ, 7 заслуженных работников здравоохранения РФ, 34 человека, награжденных знаком «Отличник здравоохранения».

В настоящее время лечебно-диагностический процесс проходит в одиннадцати корпусах. В учреждении оказывается медицинская помощь по анестезиологии и реанимации, кардиологии, общей хирургии, сердечно-сосудистой хирургии, колопроктологии, нейрохирургии, акушерству и гинекологии, неонатологии, неврологии, отоларингологии, офтальмологии, рентгенологии, терапии, гастроэнтерологии, трансфузиологии, ультразвуковой и функциональной диагностике, травматологии и ортопедии, онкологии, ревматологии, аллергологии и иммунологии, урологии, эндоскопии, пульмонологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, физиотерапии, рефлексотерапии, диетологии, психотерапии, клинической фармакологии и патологической анатомии.

Хирургическая служба Приморской краевой клинической больницы № 1, современная и разнообразная, включает в себя следующие направления: абдоминальную хирургию, хирургию щитовидной железы и надпочечников, нейрохирургию с преимущественной специализацией на спинном мозге, проктологию, урологию, ортопедо-травматологию и – наша гордость – сердечно-сосудистую хирургию (с отделениями хирургического лечения нарушений ритма сердца, кардиохирургии

и собственно сосудистой хирургии). Больнице принадлежит приоритет по внедрению на Дальнем Востоке ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи. В их числе аортокоронарное шунтирование при ишемической болезни сердца, эндоваскулярная рентгенохирургическая дилатация и стентирование сосудов, эндовидеохирургическое лечение заболеваний желчного пузыря и малого таза, эндопротезирование крупных суставов, лазерная пункционная деструкция грыж межпозвонковых дисков, хирургическое удаление новообразований надпочечников.

В больнице действуют краевые центры клинической фармакологии, медицинской профилактики, анестезиологии и реаниматологии, ревматологический, гастроэнтерологический, кардиологический и пульмонологический центры, а также центры эндопротезирования, колопроктологический, клещевого энцефалита. Их создание подняло дело оказания помощи населению Приморского края на качественно новый уровень. Сейчас ПККБ № 1 не ограничивается рамками амбулаторного приема или стационарного лечения. Построен единый процесс диагностики, лечения, реабилитации и наблюдения. Особое внимание уделяется пациентам, получившим высокотехнологичное лечение в нашем стационаре. Также центры оказывают методическую и практическую (в виде выездов на территории края) помощь коллегам. Центр клинической фармакологии сочетает клиническую деятельность с управленческими и информационно-образовательными мероприятиями по оптимизации лекарственной помощи населению. Пульмонологический центр выделяется диагностическими исследованиями: чресбронхиальной биопсией легких, определением сопротивления дыхательных путей и функции легких с нагрузочными пробами, исследованием бронхиолоальвеолярного лаважа,

эндобронхоультрасоноскопией с трансбронхиальной биопсией лимфоузлов средостения и подлежащих к стенке бронха тканей под контролем ультразвука. Последняя проводится в России всего в четырех городах (Москва, Санкт-Петербург, Краснодар, Уфа). С 2012 г. выполняется бодиплетизмография с определением диффузионной способности легких, полисомнографическое исследование для выявления синдрома ночного апноэ. Внедрен методический подход в лечении и вторичной профилактике тромбоэмболии легочной артерии с точки зрения наличия генетических мутаций тромбофилий.

Отделения терапевтического профиля – кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, ревматологическое, неврологическое – одновременно выполняют функции краевых центров. Их главные задачи – приблизить специализированную медицинскую помощь к жителям Приморья, оказать методическую и практическую помощь коллегам, работающим в районах края. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в ПККБ №1 создан региональный сосудистый центр, конечной целью которого является снижение смертности от сосудистых катастроф: инфарктов и инсультов. Центр оснащен современным ангиографическим комплексом Innova 3100-IQ, который в круглосуточном режиме будет оказывать медицинскую помощь пациентам первичных сосудистых отделений.

Краевой родильный дом, который также входит в состав ПККБ № 1, является таковым не только на бумаге. Все акушеры Приморского края знают: все наиболее тяжелые роженицы – с гестозами, экстрагенитальной патологией – сохраняются и родоразрешаются здесь. Специалисты краевого роддома всегда готовы выехать на территорию края для оказания помощи на месте. Служба родовспоможения краевой больницы всегда чувствовала внимание краевой власти, которая не только декларировала это внимание, но и практически его реализовывала. В результате краевой родильный дом первым из подразделений ПККБ № 1 на 100 % был оснащен оборудованием в соответствии с новейшими порядками оказания медицинской помощи. За несколько последних лет материнская смертность в крае снизилась в 2,5 раза.

Значительную долю этого успеха вместе с акушерами-гинекологами разделяют анестезиологи-реаниматологи. Центр анестезиологии и реанимации состоит из отделений, которые связаны с оказанием экстренной медицинской помощи – анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, трансфузиологии и гипербарической оксигенации. В нем также создана экспресс-лаборатория, оснащенная всем необходимым оборудованием. Тем самым обеспечена реальная возможность в течение суток проведения всех необходимых исследований пациента в экстренном порядке. В спектре работы круглосуточной лаборатории как рутинные методы исследования, так

и самая высокотехнологичная на сегодня методика исследования кислотно-щелочного состава организма с помощью современного анализатора, имеющегося далеко не в каждой дальневосточной клинике. На базе центра создана служба эфферентной терапии, которая реализует такие методики, как плазмаферез (дескрепный и непрерывный), гемодиализ, гемофильтрация и адсорбция печени с диализом. В центре работают врач-кардиолог, врач-аллерголог-иммунолог и два врача эфферентной терапии. Иными словами, весь цикл оказания экстренной медицинской помощи осуществляется в одном месте.

С 2007 г. в ПККБ №1 действует комплексная информационная система «Дока-плюс». Внедрение этой комплексной информационной системы позволило организовать автоматический персонифицированный учет не только медикаментов, но и всех обследований и инструментальных воздействий. В результате была определена реальная стоимость затрат на лечение каждого больного. «Дока-плюс» поддерживает ведение медико-экономических стандартов лечения и обследования пациентов по различным нозологиям, а также дает возможность модифицировать стандарты лечения и обследования. Кроме того, появилась возможность постоянного хранения информации и моментальная доступность к ней по всем пациентам, ранее находившимся в стационаре. Важным моментом является автоматическое создание различных, в том числе государственных, форм отчетности. В 2013 г. в единую информационную сеть включена краевая консультативная поликлиника, после чего амбулаторный и стационарный этапы лечебно-диагностического процесса объединены в единое целое. Затем в 2013 г. был сделан следующий шаг по пути информатизации здравоохранения: в краевой больнице стали применять лабораторную информационную систему. Это комплекс программного обеспечения и аппаратных средств, позволяющих проводить сбор, обработку и накопление информации, автоматизацию технологических процессов. Внедрением лабораторной информационной системы достигаются медицинский и экономический эффекты – система практически исключает дублирование исследований и назначений.

Дальнейшее развитие Приморской краевой клинической больницы связано с внедрением телемедицинских технологий. Жители Приморского края будут получать помощь ведущих краевых специалистов, находясь за сотни километров от Владивостока. Будут увеличиваться виды и объемы высокотехнологичного лечения: к эндопротезированию, сердечно-сосудистой хирургии добавится высокотехнологичная медицинская помощь по акушерству и гинекологии, ревматологии, гастроэнтерологии, абдоминальной хирургии. Будущее ПККБ №1 – совместная с Тихоокеанским государственным медицинским университетом подготовка современных, квалифицированных врачебных кадров.

УДК 616.858-008.6-07

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАННЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА*А.В. Росинская¹, В.К. Датиева²*¹ Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57),² Российская медицинская академия последиplomного образования (123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5)**Ключевые слова:** паркинсонизм, дифференциальный диагноз.

Краткий обзор литературы, посвященный ранней диагностике и дифференциальной диагностике болезни Паркинсона. Рассматриваются характеристики тремора, ранних немоторных нарушений и других неврологических симптомов, а также реакции на дофаминергические средства при болезни Паркинсона. Освещаются вопросы дифференциального диагноза болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма при гепатолентикулярной дегенерации, прогрессирующем надъядерном параличе, кортикобазальной дегенерации, мультисистемной атрофии и других заболеваниях. Обсуждаются роль и удельный вес методов нейровизуализации в диагностике болезни Паркинсона.

Болезнь Паркинсона (БП) – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, характеризующееся сочетанием гипокинезии с мышечной ригидностью и/или тремором покоя, а также с позднее развивающейся постуральной неустойчивостью и широким спектром немоторных нарушений, включающих вегетативные, психические, диссомнические и сенсорные симптомы. В качестве основного звена патогенеза БП рассматривается формирование нейротоксических агрегатов небольшого пресинаптического белка альфа-синуклеина (основного компонента телец Леви), сопровождающееся гибелью пигментированных нейронов вентролатеральных отделов компактной части черной субстанции. Однако в последние годы установлено, что с поражением черной субстанции коррелируют лишь основные двигательные симптомы паркинсонизма, в то же время дегенеративный процесс при БП вовлекает и другие группы нейронов в различных зонах головного мозга, а также и в периферической нервной системе, что лежит в основе многочисленных немоторных проявлений болезни [1, 3].

Ориентировочные расчеты, основанные на анализе патоморфологических, нейровизуализационных и клинических данных, показывают, что дегенеративный процесс при БП может начинаться за 7–10 лет до появления симптомов, позволяющих диагностировать заболевание. В связи с этим делаются попытки найти возможность диагностировать БП максимально рано – на продромальной стадии (до появления классических двигательных симптомов) или даже на преклинической стадии (до развития любых клинических проявлений). Однако на сегодняшний день клиническая диагностика возможна лишь после появления хотя бы минимальных признаков гипокинезии, сочетающихся с ригидностью и/или тремором покоя [3].

Росинская Анна Владимировна – заведующая кабинетом экстрапирамидных расстройств ПККБ № 1; тел.: +7 (423) 240-05-16, e-mail: rosinskaya@bk.ru

Эпидемиология

По данным сплошного популяционного исследования, распространенность БП в России составляет 139 случаев на 100 000 населения, заболеваемость – 16 случаев на 100 000 населения в год. С возрастом риск БП увеличивается, и у лиц старше 65 лет она выявляется с частотой около 1 %. Большинство случаев заболевания возникает в возрасте 60–70 лет, однако в 15 % случаев БП дебютирует в возрасте до 45 лет.

Если исходить из имеющихся данных и половозрастной структуры населения России, можно примерно оценить общую численность больных с БП в нашей стране в 210 000, при этом ежегодно заболевание возникает примерно у 20 000 пациентов. Ориентировочные расчеты показывают, что как минимум четверть пациентов (то есть более 50 000) оказываются вне сферы медицинской помощи, причем в большинстве своем это лица с ранней стадией заболевания [3].

Диагностика

Диагностика БП проводится в два этапа. На первом (синдромальном) этапе синдром паркинсонизма требуется отличить от других состояний, имитирующих его. При наличии тремора это – усиленный физиологический, эссенциальный и дистонический тремор, а также гепатолентикулярная дегенерация. В отсутствие тремора дифференциальная диагностика проводится с апатико-абулическим синдромом, депрессией, лобной дисбазией, плечелопаточной периартропатией, гипотериозом, шейным остеохондрозом, деменцией с паратонией и кататонией. Ключевое значение здесь имеет выявление признаков гипокинезии. Ее начальные симптомы могут характеризоваться затруднениями при письме, чистке зубов, печатании на клавиатуре, выполнении других быстрых тонких движений. Пациенты часто сообщают о трудностях при нажатии кнопок на пульте, доставании мелких предметов, например, монет из сумки или кармана, надевании тапочек и т.д. Может обратить внимание неспособность выполнять повторяющиеся ритмические движения, например, в танце или при игре на музыкальном инструменте.

Иногда уже на ранней стадии заболевания проявляется слабость и отставание одной из ног при ходьбе с изменением привычного рисунка походки. Характерно ослабление содружественных движений рук при ходьбе (ахейрокинез), что может нарушать подзарядку часов (симптом ролекса). Могут обратить на себя внимание ослабление голоса, замедление,

ослабление интонирования или нечеткость речи (особенно при быстром произнесении морфологически сложных слов).

При осмотре для выявления гипокинезии пациента просят выполнить определенные движения в течение примерно 20 с в максимально быстром темпе и с максимальной амплитудой. Чаще всего просят выполнить следующие действия:

- ♦ сжимать и разжимать кисть в кулак,
- ♦ сводить и разводить большой и указательный пальцы,
- ♦ имитировать игру пальцами на фортепиано или аккордеоне,
- ♦ постукивать носком стопы или всей стопой о пол.

При этом врачу следует обращать внимание на замедленную инициацию движения, асимметрию движений, но главное – на особую форму истощаемости (декремент) движений, которые по мере повторения все более замедляются, уменьшаются по амплитуде, требуют все больших усилий. Феномен истощаемости может выявляться при всех оцениваемых движениях, но иногда отмечается только в одном из тестов.

Истощаемость можно выявить и при проверке почерка. Чтобы оценить почерк, не следует ограничиваться написанием двух-трех слов – пациента следует попросить написать несколько фраз. При этом можно заметить, что величина букв к концу строки снижается, а сама строчка неуклонно «ползет» вверх.

Необходимо учитывать, что замедленность и неловкость движений, характерные для больных паркинсонизмом, на ранней стадии можно спутать с проявлениями пирамидной и мозжечковой недостаточности, а также тяжелой депрессии, однако для этих состояний не характерен декремент движений по мере их повторения. Следует учитывать, что гипокинезию бывает трудно выявить на фоне грубого тремора конечности, однако и в этом случае важно не пропустить диагностически значимый феномен: при паркинсонизме после выполнения теста на гипокинезию пациент часто держит руку в фиксированной напряженной позе и не способен быстро расслабиться.

Ригидность мышц проявляется устойчивым (в отличие от спастичности) сопротивлением пассивным движениям в лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных суставах, а также в шее, а субъективно – скованностью и неприятными болезненными ощущениями в конечностях. У части пациентов при проверке тонуса выявляется феномен «зубчатого колеса». Следует отличать ригидность от феномена противоудержания (gegenhalten), характерного для лиц с деменцией и поражением лобных долей. Противоудержание быстро меняется в зависимости от направления и скорости пассивного движения.

Медленный (3–4 Гц) тремор покоя в одной руке или ноге – одно из частых начальных проявлений паркинсонизма. Наличие классического тремора покоя по типу «скатывания пилуль» или «счета монет» наиболее характерно для БП. Для выявления латентного тремора пациента просят совершать движения другой рукой,

Таблица
Дифференциальная диагностика паркинсонического и эссенциального тремора

Паркинсонический тремор	Эссенциальный тремор
Максимально выражен в покое, исчезающий при движении, но может появляться при удержании определенной позы спустя некоторое время (возобновляющийся тремор)	Максимально выражен при удержании позы и при движении. Феномен «возобновляющегося тремора» не характерен
Первоначально вовлекает одну из конечностей, может быть односторонним	Дебют с более или менее симметричного вовлечения рук
Тремор головы и голосовых связок не характерен	Часто вовлекает голову и голосовые связки
Сочетается с другими симптомами паркинсонизма	Симптомы паркинсонизма отсутствуют, но возможны легкая атаксия при ходьбе и феномен «зубчатого колеса»
Инвалидизация часто наступает в течение 5–10 лет	Заболевание прогрессирует очень медленно

походить, выполнить задачу на отвлечение (например, отнимать от 100 по 7). Для выявления тремора в ноге нужно осмотреть пациента в положении сидя или лежа. У части больных тремор кратковременно усиливается при зевании и натуживании. Вместе с тем в отсутствие гипокинезии тремор покоя не позволяет диагностировать ни паркинсонизм, ни БП. Следует учитывать, что в покое может наблюдаться эссенциальный и дистонический тремор, с другой стороны, при БП часто наблюдается постуральный и кинетический тремор.

Дифференциальная диагностика паркинсонического и эссенциального тремора основывается на целом ряде признаков (табл.), в ряду которых важное место занимает возобновляющийся (re-emergent) тремор, который появляется в вытянутых руках через определенный латентный интервал – обычно несколько секунд. При эссенциальном треморе тремор появляется немедленно при вытягивании рук вперед. Начальным проявлением БП, особенно у лиц молодого возраста, может быть дистония стопы, появляющаяся или усиливающаяся при ходьбе, значительно реже – дистония иной локализации.

Ранние немоторные нарушения. Начиная с самой ранней (продромальной) стадии заболевания пациента могут беспокоить эмоциональная угнетенность, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость или ощущение постоянной усталости, а также такие вегетативные нарушения, как расстройства потоотделения («дефектный термостат»), например, профузное потоотделение в холодную погоду, а также склонность к запорам, учащенные и/или императивные мочеиспускания, усиленное слюноотечение в ночное время (симптом «мокрой подушки»), эректильная дисфункция. Гипоосмия часто возникает уже на премоторной стадии БП, однако редко привлекает внимание самого больного, и для ее выявления

необходимо формализованное исследование (с помощью специальных методик, например, обонятельного теста Пенсильванского университета – UPSIT). Важное диагностическое значение может иметь выявление признаков синдрома нарушения поведения во сне с быстрыми движениями глаз (тревожные сновидения, вокализации, сногворение, движения, отражающие содержание сновидений), которые могут опережать другие проявления заболевания на многие годы. Указанные немоторные проявления могут повышать точность диагноза, основывающегося на ранних моторных симптомах болезни.

Дебютными проявлениями БП бывают также хронические болевые синдромы, чаще всего в спине и плечелопаточной области, связанные с повышенным мышечным тонусом, ограничением мобильности и постуральными нарушениями. По поводу этих и других жалоб больные нередко обращаются в поликлинику к врачам разных специальностей, которые не обращают внимание на ранние моторные симптомы БП.

Выраженное когнитивное снижение, достигающее степени деменции, развивается при БП сравнительно поздно (спустя 5–10 лет), однако уже на ранней стадии могут выявляться признаки умеренного когнитивного расстройства, в частности неустойчивость внимания и замедленность мышления, трудности поиска слов (феномен «кончика языка»). Нейропсихологические тесты должны оценивать память, внимание, зрительно-пространственные и регуляторные функции. Оценка когнитивных функций требует также опроса пациента о способности контролировать прием лекарств, обращаться с домашним оборудованием и других сторонах его повседневной жизни.

«Красные флажки». Второй этап – этап нозологической диагностики – сводится к дифференциации БП и других форм паркинсонизма. Он требует клинической оценки анамнестических данных и симптомов, выявляемых при неврологическом осмотре. Важное значение имеет лекарственный анамнез. Такие препараты, как метоклопрамид, вальпроат натрия, циннаризин, амиодарон, могут быть причиной лекарственного паркинсонизма. Отмена препарата, спровоцировавшего развитие паркинсонизма, может не приводить к немедленному регрессу симптомов. Иногда после отмены «виновного» препарата и кратковременного улучшения состояние вновь ухудшается, что указывает на скрыто развивающийся дегенеративный процесс, который был «демаскирован» побочным действием лекарственных средств.

При неврологическом осмотре могут выявляться симптомы, атипичные для БП, требующие исключения иных заболеваний, вызывающих синдром паркинсонизма. Так, для последнего характерны симметричность симптомов, быстрое прогрессирование с утратой способности к самостоятельному передвижению в течение 5 лет, раннее развитие постуральной неустойчивости, отсутствие значимого эффекта от леводопы. При БП на ранней стадии (в течение первых двух лет)

не возникает выраженная вегетативная недостаточность со значимой ортостатической гипотензией, недержанием или накоплением остаточной мочи. Также при БП в течение первых двух лет не развиваются тяжелые псевдобульбарные симптомы (дизартрия, дисфагия), аксиальная дистония и деменция. На любой стадии БП в отличие от паркинсонизма не регистрируются пирамидные и мозжечковые знаки, ограничение подвижности глазных яблок, очаговые нарушения корковых функций (апраксия, афазия и др.).

Так, при проверке глазодвигательных функций могут выявляться замедленность вертикальных саккад, характерная для прогрессирующего надъядерного паралича, нарушение инициации горизонтальных саккад, свойственная кортикобазальной дегенерации, нистагм, являющийся вероятным признаком мультисистемной атрофии. Резкое замедление мигания и апраксия открывания глаз свидетельствуют в пользу паркинсонической формы надъядерного паралича, часто имитирующей БП. Важное значение имеет оценка голоса: раннее его ослабление с появлением носового оттенка характерно для мультисистемной атрофии, тогда как хриплый, низкий, огрубевший голос более типичен для прогрессирующего надъядерного паралича. Рефлекс Бабинского может указывать на сопутствующую шейную миелопатию, инсульт, прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемную атрофию или другую мультисистемную дегенерацию. Появление признаков деменции на фоне легкого паркинсонического синдрома позволяет диагностировать деменцию с тельцами Леви.

Раннее развитие выраженной ортостатической гипотензии, хотя и возможно при БП, наиболее характерно для мультисистемной атрофии или деменции с тельцами Леви.

Реакция на дофаминергические средства. Диагноз БП подтверждает значительный стойкий эффект дофаминергической терапии, но на ранней стадии заболевания его бывает трудно оценить. В определении реакции на дофаминергические средства может быть полезна количественная оценка по 2-й и 3-й частям шкалы UPDRS, проводимая с интервалом в 3 месяца [2].

Если даже после назначения средней дозы леводопы (300–450 мг/сутки) остаются сомнения в ее эффективности, рекомендуется увеличить дозу в 1,5–2 раза и вновь оценить состояние пациента через месяц. Если нет явного улучшения при приеме леводопы в дозе 600–750 мг/сутки или если оценка по UPDRS снижается менее чем на 2 балла, в отдельных случаях проводят так называемый острый тест с леводопой: больной принимает 200–250 леводопы в растворенном виде, и через 1 и 2 часа осуществляется формализованная оценка эффекта с помощью теппинга или определения времени прохождения 10 м. Перед этим тестом все противопаркинсонические средства должны быть временно отменены [4, 5]. При тошноте применяется домперидон по 20 мг 3 раза в день в течение 24 часов.

Дополнительные методы исследования. В настоящий момент нет методов лабораторного или