

Тихоокеанский медицинский журнал

Pacific medical journal

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году
Выходит один раз в три месяца

№ 3 (13), 2003

25-летию ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2
г. ВЛАДИВОСТОКА ПОСВЯЩАЕТСЯ



Издательство
МЕДИЦИНА ДВ

Главный редактор Ю.В. Каминский

Редакционная коллегия:

Ф.Ф. Антоненко (ККЦОМД), Н.Н. Беседнова (НИИ ЭМ СО РАМН), Е.В. Елисеева (отв. секретарь), А.И. Ицкович, Ю.В. Кулаков (зам. главного редактора), П.А. Мотавкин, В.И. Невожай, В.А. Петров, В.А. Невзорова, Л.М. Сомова (отв. секретарь), В.Б. Туркутюков, В.Г. Ушаков (УЗ АПК), В.М. Черток (зам. главного редактора), В.В. Шапкин, А.Д. Юцковский, Yamamoto Masaharu (Япония)

Редакционный совет:

А.Ф. Беляев, В.А. Воробьев, А.В. Гордеев, С.Е. Гуляева, Т.А. Догадина, Е.М. Иванов, Г.А. Заяц, В.А. Иванис, Ю.И. Ишпахтин, В.Н. Лучанинова, В.Я. Мельников, Б.В. Окунь, А.Я. Осин, И.М. Рольщиков, Н.Д. Татаркина, Ю.С. Хотимченко, Г.И. Цывкина, В.В. Шорин, С.В. Юдин, Jin Liang Hong (КНР), Moon oh Riin (Республика Корея), Zhao Baoshang (КНР)

Тихоокеанский медицинский журнал
Учредители:

Владивостокский государственный
медицинский университет,
Департамент здравоохранения
администрации Приморского края,
НИИ эпидемиологии
и микробиологии СО РАМН,
Краевой клинический центр
охраны материнства и детства
Свидетельство о регистрации
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций
ПИ № 77–13548 от 20.09.2002 г.

Адрес редакции:

690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2,
Владивостокский государственный
медицинский университет
Тел./факс (4232) 45-17-19
Редактор
О.Г. Полушин
Зав. редакцией О.А. Бобкова
Тел. (4232) 45-17-06
Корректор В.Н. Сулимина

Издательство
«МЕДИЦИНА ДВ»

690950 г. Владивосток,
пр-т Острякова, 4; тел. 45-56-49

Сдано в набор 28.10.2003 г.
Подписано в печать 02.12.2003 г.
Печать офсетная. Формат 60×90/8
Усл. печ. л. 12,25. Заказ № 1263.
Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии ПСП
г. Владивосток,
пр-т «Красного знамени», 59

Передовые статьи

Новиков С.П., Галактионова С.И., Клокова И.А. ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2: ВЗГЛЯД ИЗ НАСТОЯЩЕГО В БУДУЩЕЕ	5
--	---

Лекции

Дубиков А.И. БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ	7
Савченко В.И. ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ СОВРЕМЕННЫМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ	13

Обзоры

Елисеева Е.В. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ НИТРОКСИДЕРГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ЭФФЕКТОВ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	18
---	----

Оригинальные исследования

Шумейко В.М., Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Дмитриев О.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ	21
Ремезкова Р.В., Гордеев А.В., Гельцер Н.Л., Свиринкова Т.О., Кантур И.В. ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ	24
Лисаковская О.В. ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КАЧЕСТВО ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	26
Золотов А.С. АНАЛИЗ ИСХОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕТЛЕВОГО ШВА	28
Филиппов А.Г., Нагорный В.М., Грехнев В.В., Нагорный Д.В. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР УРЕТРЫ И СКЛЕРОЗА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	31
Сотниченко Б.А., Степура А.П., Ивашко О.В., Фефелов Е.А., Ди А.Ю. ПРИЧИНЫ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АОРТОБЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ	33
Сотниченко А.Б., Шуматов В.Б., Степура А.П., Ивашко О.В., Иорданова А.С. ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАНЕНИЯХ ШЕИ	36
Коробцов А.В., Лантух А.В., Деркачева Е.В., Ахмадиев Р.Н. ОТСРОЧЕННЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ	39
Макаров В.И., Новикова Т.Д., Лемешко Л.Ю., Грехнева Л.М. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	41
Ходов А.М. МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ	43
Захаров Д.В., Банашикевич В.Э., Елицкий А.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	45
Корнейчук Л.И., Черных Н.П., Воронцова А.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА	47

Лузянин В.Б., Колчанов С.Н., Филиппенков Л.С., Фадеев М.Ф., Волков А.Ф. ДОЗИРОВАННАЯ ТЕНЗОМЕТРИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ	48
Колдаев В.М. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА МОРСКИХ СУДАХ ГРАЖДАНСКОГО ФЛОТА	51
Савченко В.И. О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КИСТИ	53
Малышев А.Ф., Лузянин В.Б., Колчанов С.Н., Филиппенков Л.С., Варварин С.И. СТАБИЛИЗИРУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ОДНОУРОВНЕВЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	57
Долгунов А.М., Шуматов В.Б., Полежаев А.А., Силин Н.В. УПРЕЖДАЮЩАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ КЕТОПРОФЕНОМ И МОРФИНОМ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	59

Информация

Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы травматизма в Приморском крае»	61
--	----

Методика

Череповский А.В., Никулин С.В., Дубиков А.И. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА	62
Гурина Л.И., Нагорный В.М., Алексеева Г.Н. ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ	63
Коробцов А.В., Лантух А.В., Деркачева Е.В. АНЕВРИЗМЫ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ – ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИЙ: ПРЕВЕНТИВНОЕ ВРЕМЕННОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ	66
Гордеев А.В., Бурма Н.В., Смольников А.А., Помелова Т.В., Белогорцева И.В. ЖИДКИЙ КОНЦЕНТРАТ БИФИДОБАКТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИЕРСИНИОЗОВ У ДЕТЕЙ	68
Дмитриев О.Н. СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАКРОГОЛЬ 4000 И ПИНАВЕРИУМА БРОМИДА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИЯМ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	69

История медицины

Н.С. Мотавкина 45 ЛЕТ НАУЧНЫХ ПОИСКОВ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ ВГМУ	71
---	----

Тезисы

Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 25-летию Городской клинической больницы № 2 г. Владивостока	75
Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке»	88

Editorial

- Novikov S.P., Galaktionova S.I., Klokova I.A.*
MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL No. 2:
FROM THE PRESENT TO THE FUTURE 5

Lectures

- Dubikov A.I.*
STILL'S DISEASE OF ADULTS 7
Savchenko V.I.
FEATURES OF WOUNDS CAUSED
BY PRESENT-DAY FIREARMS 13

Review

- Eliseeva E.V.*
CENTRAL AND PERIPHERAL
NITROXYDERGICAL MECHANISMS
IN COURSE OF REALIZATION OF EFFECTS
OF PHARMACOLOGICAL PREPARATIONS 18

Original Investigation

- Shumeiko V.M., Sotnichenko B.A., Makarov V.I., Dmitriev O.N.*
DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF LIVER INJURIES 21
*Remezko R.V., Gordeetz A.V., Geltzer N.L.,
Svirinkova T.O., Kantur I.V.*
CHARACTERISTICS OF TICK-BORNE
ENCEPHALITIS OF CHILDREN
IN PRIMORSKY REGION 24
Lisakovskaya O.V.
EFFECT OF ANTIBACTERIAL MEDICATIONS
ON THE QUALITY OF EJACULATE
OF MEN OF EPRODUCTIVE AGE 26
Zolotov A.S.
ANALYSIS OF OUTCOMES OF COMPLEX
SURGICAL TREATMENT OF TENDON
INJURY OF FLEXOR MUSCLE
OF FINGERS USING LOOP SUTURE 28
Philippov A.G., Nagornyi V.M., Grekhnev V.V., Nagornyi D.V.
ENDOSCOPIC MEDICAL TREATMENT
OF URETHRAL STRICTURES AND
SCLEROSIS OF NECK OF URINARY BLADDER 31
*Sotnichenko B.A., Stepura A.P., Ivashko O.V.,
Fefelov E.A., Dee A.Yu.*
REASONS FOR LATE COMPLICATIONS
OF AORTIC FEMORAL RECONSTRUCTIONS 33
*Sotnichenko A.B., Shumatov V.B.,
Stepura A.P., Ivashko O.V., Iordanova A.S.*
PRINCIPLES OF RENDERING SURGICAL
AID AND ALGORITHM OF TREATMENT-
AND-DIAGNOSTIC MEASURES UNDER
NECK INJURIES 36
*Korobtsov A.V., Lantukh A.V., Derkacheva E.V.,
Akhmadiev R.N.*
DELAYED TRAUMATIC
INTRACEREBRAL HEMATOMA 39
*Makarov V.I., Novikova T.D., Lemeshko L.Yu.,
Grekhneva L.M.*
VIDEOLAPAROSCOPY UNDER
THE CASES OF ECTOPIC PREGNANCY 41
Khodov A.M.
MANUAL THERAPY UNDER BACK PAINS 43
Zakharov D.V., Banashkevich V.E., Elitskiy A.S.
SURGICAL TREATMENT OF ACUTE
VERTEBRAL AND CEREBROSPINAL TRAUMA 45
Korneichuk L.I., Chernyikh N.P., Vorontsova A.V.
REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC
TONSILLITIS UNDER THE CONTROL OF IMMUNITY
INDICES 47

- Luzyanin V.B., Kolchanov S.N.,
Philipchenkov L.S., Fadeev M.F., Volkov A.F.*
GRADUATED TENSOMETRIC WEIGHT
BEARING IN MEDICAL REHABILITATION
OF PATIENTS WITH CRUS FRACTURES 48
Koldaev V.M.
HYGIENIC ASSESSMENT
OF ELECTROMAGNETIC FIELDS
ON THE SEAGOING CRAFTS OF CIVIL FLEET 51
Savchenko V.I.
ON SURGICAL APPROACH TO RENDERING
EXPERT AID TO PATIENTS WITH OPEN
HAND TRAUMA 53
*Malyishev A.F., Luzyanin V.B.,
Kolchanov S.N., Philipchenkov L.S., Varvarin S.I.*
FIBULAR BONE STABILIZING VALUE
UNDER SINGLE-LEVEL SHIN FRACTURES 57
*Dolgunov A.M., Shumatov V.B.,
Polezhaev A.A., Silin N.V.*
PROACTIVE MULTIMODAL ANALGESIA
BY USING KETONAL AND MORPHINE
IN THORACIC SURGERY 59

Information

- Scientific practical conference «Actual problems
of traumatism in Primorsky Region» 61

Methods

- Cherepovskyi A.V., Nikulin S.V.,
Dubikov A.I.*
TREATMENT-AND-DIAGNOSTIC
ARTHROSCOPY UNDER ACUTE
INJURY OF KNEE-JOINT CARTILAGE 62
*Gurina L.I., Nagornyi V.M.,
Aleksieva G.N.*
FUNDAMENTALS OF DIAGNOSTICS AND
TREATMENT OF PROSTATE GLAND CANCER 63
*Korobtsov A.V., Lantukh A.V.,
Derkacheva E.V.*
ANEURYSMS OF ANTERIOR CEREBRAL-
ANTERIOR COMMUNICATING ARTERIES:
PREVENTIVE TEMPORARY CLIPPING
AT THE TIME OF OPERATION 66
*Gordeetz A.V., Burma N.V., Smolnikov A.A.,
Pomelova T.V., Belogortseva I.V.*
LIQUID CONCENTRATED PRODUCT
OF BIFIDOBACTERIUM DURING
THE TREATMENT OF YERSINIA
DISEASE OF CHILDREN 68
Dmitriev O.N.
COMBINED USE OF MACROGOL 4000 AND
PINAVERIUM BROMIDE FOR PREPARATION
FOR LARGE INTESTINE OPERATIONS 69

History

- Motavkina N.S.*
45 YEARS OF SCIENTIFIC RESEARCHES
OF MICROBIOLOGY, VIROLOGY AND
IMMUNOLOGY DEPARTMENT OF
VLADIVOSTOK STATE MEDICAL UNIVERSITY 71

Theses

- Scientific practical conference dedicated
to twenty-fifth anniversary of Municipal
Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok) 75
Interregional scientific practical conference
«Problems of aftercare and medical rehabilitation
of children and adolescents in the Far East» 88

УДК 614.2(571.63)+616-082/.83

С.П. Новиков, С.И. Галактионова, И.А. Клокова

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2: ВЗГЛЯД ИЗ НАСТОЯЩЕГО В БУДУЩЕЕ

Городская клиническая больница № 2
(г. Владивосток)

Ключевые слова: многопрофильный стационар, история, задачи, перспективы.

2 октября 1978 г. считается датой рождения во Владивостоке Городской клинической больницы № 2, более известной среди горожан и жителей Приморского края как «тысячечечная». Миссией стационара со дня его основания является оказание высокоспециализированной медицинской помощи ежедневно и круглосуточно по тринадцати профилям коечного фонда. Ежегодная обращаемость сегодня достигла 50 000 человек, число госпитализаций — свыше 30 000 и количество оперативных вмешательств — до 8 000.

Число коек суточного пребывания уменьшилось с 1 100 в 1983-м до 886 в 2002 г. В то же время число пролеченных больных на этих койках увеличилось до 140% при снижении средней длительности лечения до 55,6% и показателя общей летальности до 78,6%. Аналогичная интенсификация работы произошла и на койках дневного пребывания пациентов. Имея в своем составе отделения анестезиологии и реанимации, травматологии, нейрохирургии, хирургии, сосудистой хирургии, урологии, гинекологии, гемодиализа, переливания крови, стационар показал высокую готовность к работе в экстремальных условиях. Трагедия в г. Нефтегорске Сахалинской области в 1995 г. явилась проверкой высокого профессионализма коллектива. Позиционируясь на рынке медицинских услуг как стационар хирургического профиля (75% коечного фонда — хирургические койки), ГKB № 2 за 25 лет своего развития стала ведущим лечебным учреждением Приморского края по оказанию отдельных видов специализированной медицинской помощи.

Любое предприятие формируется из трех составляющих: финансы, технологии и кадры. Финансы можно потерять, технологии устареют, а кадры останутся и создадут новые технологии, заработают деньги. Именно кадры — то достояние, чем гордится наш стационар: 242 врача (60% имеют квалификационные категории, из них 8 кандидатов и 2 доктора медицинских наук), 353 медицинские сестры (44% имеют квалификационные категории), 206 человек младшего медицинского персонала и 120 сотрудников других специальностей. Многие из них являются уважаемыми специалистами в своей области. Их объединенный опыт выводит на передовые позиции хирургическую службу стационара как по обширности, так и по качеству предлагаемых услуг. В тесном сотрудничестве с одиннадцатью кафедрами Влади-

востокского государственного медицинского университета, клинической базой которых является ГKB № 2, наши врачи гарантируют высокий уровень профессионализма и пользуются заслуженным авторитетом за новаторство в области урологии, травматологии, хирургии, нейрохирургии и хирургии сосудов.

Ежегодно внедряя в практику 50–60 новых медицинских технологий, «тысячечечная» предлагает большое разнообразие хирургических методов лечения: трансуретральные операции в урологии, лапароскопические операции в хирургии, операции с применением металлических конструкций и аллоплантов, эндопротезирование суставов, диагностическую и лечебную артроскопию в травматологии. За 1998–2002 гг. в клинике были внедрены такие уникальные методы, как уретероскопия, литотрипсия конкрементов нижней и средней трети мочеточника и лоханки, лазерная туннелизация мочеточника и уретры, визуальная тракция конкрементов петлей из мочеточника и лоханки почки, внутреннее стентирование мочеточников, транспедикулярная фиксация при переломах позвоночника с использованием ЭОПа, аортобифemorальное шунтирование с применением аллотрансплантатов. Оказывая все виды традиционных параклинических услуг, мы имеем возможность проводить и наиболее современные диагностические процедуры (ангиография, сонография, ЭХО-кардиография и др.). Наши хирурги приобрели богатый опыт и навыки по снижению риска оперативных вмешательств до минимума с получением максимального эффекта.

Оценка качества медицинской помощи и результатов лечения проводится по 5-этапной системе внутриведомственного контроля, в том числе по 3-этапной системе внутрибольничной экспертизы. Оценка структурного аспекта качества выполняется на основе лицензирования и аккредитации — больница имеет I категорию.



С.П. Новиков

Главный врач МУЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Владивостока».

В связи с изменением экономической ситуации в стране и переходом к рыночным отношениям возникла необходимость принятия новых управленческих решений финансовых проблем. ГКБ № 2 первой в крае внедрила бригадную форму организации и оплаты труда (1987 г.), элементы нового механизма хозяйствования (1991 г.), работу в системе обязательного медицинского страхования (декабрь 1993 г.), модель оплаты труда с учетом коэффициента сложности курации больных и уровня качества лечения (1995 г.), а также глобальный бюджет (2001 г.).

Финансирование стационара осуществляется из нескольких источников. Основным плательщиком является ТФОМС (от 94,2% в 1998-м до 73% в 1999 г.), доля городского бюджета колебалась от 0,2% в 1998-м до 24,8% в 2001 г. Объем платных услуг увеличился от 0,5% в 1994-м до 4,8% в 2001 г. Доля краевого бюджета возросла от 0,4% в 1997-м до 3,6% в 2001 г. Необходимо отметить, что фактическое финансирование в эти годы было ниже рассчитанного по смете, и его доля колебалась от 93,9 до 28,9% (соответственно в 1994-м и 2000 г.).

Динамично развиваясь, ГКБ № 2 во многих направлениях своей деятельности активно использует передовой международный опыт. С 1992 года стационар сотрудничает с медицинским колледжем Вирджинии (MCV) города Ричмонда (США) по следующим направлениям: администрирование, управление финансами и информацией, оказание неотложной медицинской помощи, сестринское дело, эпидемиологический контроль. В 1994 г. в больнице был создан Международный медицинский учебно-тренировочный центр неотложных состояний, впоследствии ставший самостоятельным Центром неотложных состояний и медицины катастроф. В 1995 г. был организован Центр обучающих ресурсов со своей библиотекой, доступом в Интернет и электронной доской объявлений.

С февраля 1995 г. начал работу Центр последипломного обучения медицинских сестер, при котором постоянно действует Школа молодых сестер, что соответствует современным требованиям по развитию сестринского дела. Две медсестры стационара уже получили высшее образование, пять обучаются по специальности «менеджер-сестринское дело». Тринадцать медсестер закончили вторую ступень медицинского колледжа по специальности «организация сестринского дела».

Задачами нашего стационара сегодня являются:

- переориентация на оказание медицинских услуг, наиболее отвечающих потребностям пациентов,
- решение проблем правовой защищенности пациентов,
- укрепление материально-технической базы,
- поиск путей оплаты труда медработников в зависимости от сложности, интенсивности и полученных конечных результатов.

Пути решения этих задач:

- внедрение новых медицинских технологий,
- расширение спектра сервисных услуг,

- постоянное повышение квалификации медицинского персонала,
- контроль качества медицинской помощи,
- постоянное изучение удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи,
- правовое образование врачей,
- внедрение контракта об информированном добровольном согласии пациента на медицинское вмешательство,
- ежегодное подведение итогов работы и материальное поощрение лучших подразделений,
- взаимодействие с местными законодательными органами,
- привлечение к сотрудничеству общественных и коммерческих организаций, а также отдельных граждан.

Уже сегодня можно отметить ряд положительных результатов. Так, информированность пациентов достигла 100%, а удовлетворенность их качеством медицинской помощи — 90%, что значительно повысило авторитет и привлекательность стационара для населения. Была решена проблема финансирования отделения «искусственная почка», а также в 2002 г. приобретена современная наркозно-дыхательная аппаратура на сумму 2 066 650 руб. В этом же году ГКБ № 2 было привлечено спонсорских средств на сумму 479 739 руб. и реализован проект стоимостью 1 104 000 рублей по приобретению оборудования для нейрохирургических отделений стационара Церковью Иисуса Христа святых последних дней.

Технология привлечения средств неправительственных и коммерческих организаций, а также отдельных граждан для решения материальных проблем многопрофильного стационара помогает оказывать медицинскую помощь надлежащего качества наиболее незащищенным слоям нашего общества: детям, молодежи, старикам. Постоянный творческий поиск коллектива позволяет плодотворно трудиться над решением поставленных задач и предоставлять своевременную высокоспециализированную медицинскую помощь жителям Владивостока и Приморского края.

Поступила в редакцию 23.06.03.

MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL No. 2:
FROM THE PRESENT TO THE FUTURE
S.P. Novikov, S.I. Galaktionova, I.A. Klokova
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — This article is dedicated to the history of formation and development of one of the largest multifield hospitals of Primorsky region — Municipal Clinical Hospital №2 (Vladivostok). The authors place a great emphasis on the questions of financial provision of medical service under the conditions of formation of market economy model. The authors show a progress in the activity of several services and departments of the hospital, as well as in making of specialized treatment-and-diagnostic centres, in international co-operation. Furthermore, they set priorities of further development of the hospital underlining the up-to-date aspects of diagnostic, medical, financial and juridical work to satisfy the needs of the population.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 5-6.

УДК 616.72-002-053.8-07

А.И. Дубиков

БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Ключевые слова: болезнь Стилла, клиника, диагностика, взрослые.

Болезнь Стилла у взрослых — не так давно идентифицированное воспалительное заболевание неизвестной этиологии и патогенеза. Хотя этот диагноз был популяризирован только в 1971 г. E. Wywaters [6], случаи заболевания описывались изредка на протяжении всего XX столетия. Болезнь Стилла у взрослых является как бы отражением хорошо известного ювенильного артрита с системным вариантом дебюта. Характерные проявления включают лихорадку, быстро переходящую сыпь, воспаленное горло, артрит, полисерозит и серонегативность по ревматоидному фактору. Варианты клинического течения выражаются либо системными рецидивами, либо обострениями хронического полиартрита.

Не существует патогномоничных диагностических тестов, что вызывает трудности в постановке диагноза болезни Стилла у взрослых. В ранних статьях критерием диагноза служили длительная лихорадка в сочетании с артритом и системными проявлениями. Значительное количество случаев имели длительный период наблюдения до установления диагноза, порой требовавший значительных финансовых затрат для исключения инфекционных или неопластических процессов. Напротив, сегодня болезнь Стилла у взрослых распознается в течение нескольких недель. Тем не менее диагноз этого заболевания у взрослых остается одним из самых трудных в ревматологии из-за редкости нозологии, многообразия клинических проявлений, имитирующих другие процессы, и отсутствия патогномоничных диагностических тестов.

История вопроса

Ювенильный артрит (ЮА) был впервые описан George Frederick Still в 1897 г. как «особая форма болезни суставов, встречающаяся у детей». Работа была основана на клиническом опыте автора как медицинского регистратора и патолога. G.F. Still был первым, кто подробно описал течение хронического артрита у 22 детей, 19 из которых он лечил. G.F. Still выделил у детей: ревматоидный артрит, артропатию Жакку и системное начало артрита, которое до сих пор носит его имя [5]. Он также описал особенности поражения суставов у детей, отличающиеся от ревматоидного артрита взрослых, и подчеркнул, что заболевание начинается с потери молочных зубов, с половым диморфизмом 50:50, лихорадкой, лимфаденопатией, спленомегалией, полисерозитом, анемией, отсутствием деформаций суставов и задержкой роста [1]. Такая хроническая артропатия

с острым началом ревматоидного артрита, сопровождавшимся лихорадкой, лимфаденопатией и/или спленомегалией, была описана у взрослых G.A. Bannatyne и A. Chauffard [2, 7]. Следует отметить, что описания единичных наблюдений с такой же клинической картиной встречались в литературе и до 1897 г.

Характерная сыпь, названная «ревматоидной сыпью» или «сыпью Стилла», в действительности была описана не самим G.F. Still, а M.E. Boldero, который в 1933 г. указал на преходящую эритематозную сыпь на разгибательных поверхностях тела [3]. Комментарий профессора F. Langmead указывал на то, что сыпь связана с лихорадочными атаками. Более подробная характеристика экзантемы впоследствии была проведена I.S. Isdale и E.G. Wywaters, которые продемонстрировали строгую связь между «ревматоидной сыпью» и другими симптомами болезни: интермиттирующей лихорадкой, лимфаденопатией, спленомегалией, лейкоцитозом и увеличением СОЭ [14]. Они также описали эту сыпь у 7 из 500 больных ревматоидным артритом, которых E.G. Wywaters в 1971 г. включил в число наблюдений, расцененных как болезнь Стилла у взрослых [6].

В 1933 г. O. Moltke опубликовал статью под названием «Болезнь Стилла у взрослых», где подверг сомнению возрастной критерий ЮА и болезни Стилла и распространил его до 35 лет [19]. Им были описаны четверо молодых мужчин в возрасте от 15 до 28 лет с острым полиартритом, лихорадкой, профузным потоотделением, лимфаденопатией, воспаленным горлом, мышечной атрофией, анемией и увеличением СОЭ. Вскоре, в 40-х годах XX века, во французской медицинской литературе появились термины «синдром Wissler-Fanconi» и «аллергический субсепсис» как определения, подразумевающие ту же клиническую картину, что и при болезни Стилла у взрослых. Ряд публикаций, где описывались подобные случаи без обозначения их как болезнь Стилла у взрослых, появились и в английской литературе. Это продолжалось до начала 70-х гг., когда E.G. Wywaters и J.S. Vujak et al. представили две большие серии наблюдений, продемонстрировавших распространение «ювенильности» на взрослый возраст [4, 6]. В заключение в 1976 г. T.A. Medsger и W.C. Christy описали анкилозы при болезни Стилла у взрослых [18]. Эта характерная модель артрита с пароксизмами лихорадки и специфической сыпью составила основополагающую триаду диагностики болезни Стилла в данной возрастной категории.

Эпидемиология

Описания болезни Стилла у взрослых появились во многих странах, у разных наций так, что, кажется, не существует четко выраженного расового различия в распространении этой патологии. Поражаться могут практически все расы, но большинство составляют белые и значительно меньше — черные, азиаты и латиноамериканцы. Хотя число публикаций растет, тем не менее болезнь Стилла — редкая патология, что подтверждается малочисленностью (всего 13) описаний больших

групп пациентов. Поэтому отсутствуют надежные эпидемиологические данные, которые могли бы дать представление о распространенности этого заболевания. Определенное число случаев описывается в группах больных с синдромом лихорадки неясного генеза.

Клинические проявления

Болезнь Стилла у взрослых в настоящее время определяется как системный воспалительный процесс неизвестной этиологии и патогенеза, поражающий молодых лиц. Характерные клинические проявления отражены в табл. 1. Течение процесса отличается системными обострениями и/или хроническим артритом, часто с периодами ремиссии. Это полисистемное заболевание может иметь различные клинические проявления в зависимости от варианта течения. Ранние системные проявления характерны для болезни Стилла, хронизация процесса знаменуется суставным синдромом.

Возраст и пол. Вопреки ранним описаниям количество случаев заболевания среди мужчин и женщин практически одинаково (48 и 52%). Поскольку болезнь Стилла является как бы взрослой частью системного начала ЮА, большинство ее наблюдений приходится на возраст до 35 лет. Тем не менее случаи заболевания регистрируются практически во всех возрастных группах. J.M. Wouters et al. отметили, что 26 из их 42 пациентов заболели в возрасте после 35 лет [28]. Менее чем 10% из них имели начало процесса в возрасте после 50 лет. Описано также несколько случаев с началом процесса на восьмой декаде жизни [16, 25]. Диагноз болезни Стилла в этом возрасте чрезвычайно труден.

Начало заболевания. Более чем у 70% больных процесс дебютирует с воспаления в горле (напоминающего ангину) и других общих симптомов, схожих с проявлениями вирусной инфекции. Этот неэкссудативный фарингит обычно длится несколько дней и не имеет признаков бактериального происхождения. Общие симптомы могут в части случаев выступать на первый план и значительно беспокоить больных. Они включают в себя миалгии, артралгии, слабость, анорексию, тошноту, быструю потерю веса. Потеря веса наблюдается у 50-60% больных и иногда достигает драматических значений. Описаны лица с потерей веса, достигавшей 10-20 кг в первый месяц от начала заболевания. Миалгии, слабость, сыпь и серозиты имеют зачастую дневной ритм и нарастают во время фебрильных пароксизмов.

У большинства больных характерная лихорадка и преходящая сыпь появляются через 2-3 недели после фарингита. Артриты развиваются одновременно с лихорадкой и сыпью или вскоре после этого. Однако описаны случаи, когда суставные проявления предвосхищали лихорадку и сыпь на 6 месяцев. D.W. Del Paine и J.C. Look указали, что у большинства больных лихорадка предшествовала артритам [9]. Никем не выявлены предикторы степени тяжести течения заболевания, вариантов течения и ожидаемого ответа на лечение.

Лихорадка. Более 99% больных имеют лихорадку более 39°C. Она достигает максимальных величин в самом

Таблица 1

Частота клинический и параклинических симптомов при болезни Стилла у 392 пациентов (по данным мировой литературы и собственным наблюдениям)

Симптом	Частота, %
Ежедневная лихорадка (более 39°C)	15,1
Сыпь Стилла	86,9
Сыпь	92,2
Аллопеция	14,7
Артралгии	99,7
Эрозивный артрит	21,7
Боли в стопах	18,6
Боли в шее	46,2
Миалгии	74,5
Потеря веса (более 10%)	65,4
Боли в горле	70,9
Лимфаденопатия	64,3
Спленомегалия	42,5
Гепатомегалия	39,9
Плеврит	35,7
Перикардит	29,9
Пневмонит	21,8
Боли в животе	30,1
Положительный FR	5,0
Положительные ANA	2,1
Увеличение СОЭ	99,0
Лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$	92,5
Лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$	70,9
Тромбоцитоз	45,4
Гематокрит менее 35%	72,7
Положительный тест Coombs	6,8
Гемолиз	2,9
Гипоальбуминемия	76,2
Протеинурия	34,1
Запястный анкилоз	42,9
Шейный анкилоз	12,2
Тарзальный анкилоз	19,0
Сacroileит	9,1

начале процесса и у более молодых пациентов. Невысокая лихорадка и атипичные лихорадочные паттерны чаще бывают в более старших возрастных группах (более 35 лет) и иногда в более поздние периоды течения заболевания, особенно в тех случаях, когда в клинической картине превалирует суставной синдром. Типичный для болезни Стилла у взрослых лихорадочный паттерн характеризуется однократными или двукратными ежедневными пиками [4]. С началом противовоспалительной терапии и клиническим улучшением он может измениться в любом варианте. Около 2/3 больных демонстрируют температурные пики до 40°C.

Фебрильные пароксизмы цикличны и имеют тенденцию к возврату каждые 24 часа, иногда — 12 часов. Еще в 1897 г. G.F. Still заметил, что «пирексические атаки демонстрируют любопытную регулярность возвратов». F.G. Wywaters обратил внимание, что лихорадка «характеризуется высокими пиками к вечеру и возвращением к нормальным значениям утром» [5]. Хронология развития лихорадки практически одинакова у всех больных. Пароксизму предшествует потрясающий озноб, затем в течение 2-4 часов температура возрастает до максимальных цифр и заканчивается падением

с обильным потоотделением. Большинство пациентов указывают на начало лихорадочного пароксизма поздней ночью (22-02 часа). Также были описаны варианты начала поздним утром (11-12 часов) или поздним днем (16-18 часов). Однако более важным в клиническом отношении является тот факт, что у каждого больного лихорадка появляется в одно и то же время постоянно до начала противовоспалительной терапии. Степень выраженности и частота лихорадочных пароксизмов коррелируют больше всего с общими неспецифическими симптомами и менее — с системными признаками и почти не коррелируют с суставным синдромом.

Сыпь. Классическая сыпь при болезни Стилла была впервые описана М.Е. Boldero в 1933 г. и обозначена как «сыпь Стилла» или «ревматоидная сыпь», несмотря на отсутствие связи с ревматоидным серопозитивным артритом [3]. Почти 92% всех больных имеют какие-либо кожные проявления болезни Стилла, но специфическая сыпь встречается в 86% наблюдений. Она характеризуется определенной периодичностью, проявлениями и локализацией [14].

Преходящая по определению, сыпь часто появляется во время фебрильной атаки и может существовать всего лишь несколько часов. В общем, сыпь Стилла определяется в течение нескольких часов и ежедневно изменяется, хотя у некоторых пациентов продолжительность ее существования совпадает со степенью выраженности других системных проявлений и длится днями без изменений. Это обычно сыпь «цвета лосося» (эритематозная окраска сыпи менее характерна и встречается нечасто), макулопапулярная сплошная, иногда со свободным центром. Высыпания чаще расположены на разгибательных поверхностях конечностей, туловище, шее и реже — на лице.

Два самых характерных признака отличают эту сыпь: феномен Коебнег и дерматографизм. Феномен Коебнег характеризуется воспроизведением типичной сыпи в местах физической травматизации. Дерматографизм проявляется кожным уртикарным ответом кожи на локальную стимуляцию.

В то время как некоторые авторы указывали на отсутствие зуда в местах высыпаний, на собственном материале зуд выявлен у 35% больных. Он редко является доминирующим симптомом, но если это встречается, то следует думать об альтернативной диагностической концепции, например о первичном билиарном циррозе печени или уртикарном васкулите. S. Kaur et al. недавно описали другие кожные проявления болезни Стилла у взрослых, названные ими персистирующими кожными пятнами, которые имеют ту же локализацию и обычно носят эритематозный характер [15].

Атипичные кожные проявления включают в себя алопецию, феномен Рейно, петехии, узловатую эритему. Кожные симптомы наиболее ярки в начале болезни и имеют тенденцию к затуханию с течением времени. Типичная сыпь — нечастый феномен у больных с длительностью процесса более 10 лет.

Гистологическая картина кожных поражений характеризуется неспецифическим хроническим воспалением с периваскулярной инфильтрацией мононуклеарами, реже полинуклеарами, вазодилатацией и дермальным отеком. Серийные кожные биопсии, проведенные Н.А. Ridgway, показали эпизодические отложения иммунных комплексов [23].

Суставные проявления. Наличие суставного синдрома в виде артрита завершает диагностическую триаду болезни Стилла у взрослых. Как было установлено ранее, артрит редко предшествует другим системным проявлениям. Утренняя скованность, миалгии, артралгии отмечаются уже в ранних стадиях заболевания. Теносиновиты тоже часто встречаются в начале процесса и имитируют артриты. К частым проявлениям также относят хронические полиартриты, содержание лейкоцитов в синовиальной жидкости от 3 до $10 \times 10^9/\text{л}$, запястный анкилоз, эрозии тазобедренных суставов и положительный HLA-DR. К нечастым признакам причисляют периоститы, тарзальный и шейный анкилоз, миозиты, микрогнатию, рабдомиолиз и кальциноз дистальных межфаланговых суставов.

В течение первых 6 месяцев болезни полиартрит ожидается более чем у 90% больных и локализуется в крупных и мелких суставах. Заинтересованные суставы (в порядке убывания частоты поражения): коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, плечевые, проксимальные межфаланговые, дистальные межфаланговые, плюснефаланговые, суставы шейного отдела позвоночника. На ранних стадиях синовиты могут быть быстропреходящими. С хронизацией процесса на первый план в клинической картине выходит поражение лучезапястных суставов. Боли в области шеи наблюдаются более чем у половины больных. Некоторые авторы отмечают позднее развитие геберденоподобных узелков в области проксимальных межфаланговых суставов [8, 29]. Вовлечение в процесс подвздошно-крестцовых сочленений редко встречается и было описано только E.G. Vywaters [6] и J.A. Goldman et al. [12]. Хронический моноартрит у больных с диагностической концепцией болезни Стилла должен вызвать подозрение в истинности заключения.

На ассоциацию болезни Стилла у взрослых с костными запястными и пястнозапястными анкилозами впервые указали T.A.Jr. Medsger и W.C. Christy в 1976 г. [18], а позже — другие авторы [29]. Анкилозы регистрируются примерно у половины больных при системном варианте начала процесса и имеют тенденцию к симметричности. Полный анкилоз в области запястий безболезнен. Анкилозы чаще встречаются в области стоп и шейного отдела позвоночника и имеют здесь диагностическое значение. Риск эрозивного и деструктивного полиартрита значим, особенно в случаях хронического течения суставного синдрома и вовлечения в процесс тазобедренных суставов [8, 29].

Артроцентез чаще всего демонстрирует тип II воспалительной синовиальной жидкости. Содержание

в ней лейкоцитов обычно составляет $3-40 \times 10^9/\text{л}$ (часто с доминированием полинуклеаров). Некоторые исследователи отмечали снижение активности системы комплемента в синовиальной жидкости. В синовиальных биоптатах описан хронический синовит с пролиферацией синовиальных клеток и лимфоидно-плазмноклеточной инфильтрацией. Электронные микрофотографии демонстрируют гипертрофию В-типа синовиальных клеток.

Мышечная система. Генерализованные миалгии наблюдаются у 75% пациентов и часто выступают на первый план в клинике дебюта заболевания. Изредка описываются умеренное повышение активности мышечных ферментов и случаи тяжелой миопатии с резкими нарушениями электромиограммы [4, 11]. Тем не менее миопатия и миозит являются редкими проявлениями болезни Стилла у взрослых. Это же относится и к вовлечению в процесс сердечной мышцы [13]. Не следует недооценивать повышение уровня креатинфосфокиназы как маркера миозита и миокардита. Дифференциальный диагноз между дерматомиозитом и болезнью Стилла в связи с вышеперечисленными фактами может быть сложным. Здесь могут помочь степень поражения мышц и характер кожных проявлений. Имеется несколько описаний случаев рабдомиолиза и слабости диафрагмы вследствие миозита.

Ретикулоэндотелиальная система. Лимфаденопатия, гепатомегалия (с печеночной дисфункцией или без нее) и спленомегалия — очень частые симптомы на ранних стадиях заболевания, отражающие инфильтрацию тканей клетками, участвующими в воспалении, а также повышение иммунной активности самой ретикулоэндотелиальной системы.

Пальпируемая селезенка определяется у 42% больных. К. Elkon et al. изучали утилизацию эритроцитов, помеченных радиоактивным веществом, у 9 пациентов с болезнью Стилла. Они обнаружили нарушение клиренса эритроцитов не только в активной фазе заболевания, но и в период ремиссии [10]. Другие авторы доказали, что гиперспленизм может предшествовать болезни Стилла. Гистологический анализ удаленных во время эксплоративных лапаротомий селезенки показал гиперплазию синусов, а также инфильтрацию ткани гистиоцитами.

У 40% больных выявляется гепатомегалия, у 70% отмечаются отклонения уровня активности печеночных ферментов. В печеночных биоптатах наблюдаются перипортальная мононуклеарная инфильтрация и гиперплазия клеток Купфера. Некоторые авторы указывали на фокальную гепатоцеллюлярную дегенерацию и перипортальный фиброз. Фактами, доказывающими наличие печеночной дисфункции при болезни Стилла, являются изменения уровня протромбина и зачастую выраженная, гипоальбуминемия. Последняя может достигать выраженных значений у 76% больных. Повышение уровня билирубина обнаруживается нечасто, но когда выявляется, то слу-

жит маркером активного гемолиза, гепатотоксического действия салицилатов или тяжелого гепатоцеллюлярного поражения — предшественника печеночной недостаточности.

Лимфаденопатия выявляется у 65% больных. Несмотря на частое присутствие, она редко доминирует в клинической картине. Лимфаденопатия проявляется умеренным увеличением лимфоузлов. Мягкие лимфоузлы хорошо пальпируются в области шеи, подмышечных впадинах, паховых складках. Увеличиваются и недоступные пальпации группы лимфоузлов: мезентериальные, парааортальные. Твердая консистенция или увеличение одной группы лимфоузлов должно настораживать в отношении инфекционного или неопластического процесса, но не болезни Стилла. Биопсия дает неспецифическую картину реактивной гиперплазии или лимфаденита, иногда ассоциируясь с гистиоцитарной инфильтрацией. Показаниями к биопсии лимфоузлов являются их локальное увеличение, особенно у пациентов старше 50 лет, а также появление в кровотоке миелоидных предшественников атипичных лимфоцитов.

Изредка результаты биопсии лимфоузлов вызывают сомнения в диагнозе. Около 5 случаев синдрома Kikuchi или некротизирующего васкулита были описаны у больных с установленным диагнозом болезни Стилла. Синдром Kikuchi часто ассоциируется с вирусной инфекцией и может проявляться лихорадкой, лимфаденопатией, гепатомегалией и лейкопенией. Из-за схожести клинической картины этих заболеваний, ряд авторов предполагает, что многие пациенты, описанные как больные с синдромом Kikuchi, могли страдать болезнью Стилла. В то же время, умеренно выраженный некротизирующий лимфаденит может быть проявлением этого заболевания [20]. Гистологически синдром Kikuchi должен дифференцироваться со злокачественной лимфомой и ангиоиммунобластной лимфаденопатией.

R.M. Valente et al. проанализировали биопсии лимфоузлов у 97 больных болезнью Стилла, наблюдавшихся в клинике Mayo, и обнаружили отличительные особенности в большинстве случаев. В этих биоптатах определялись паракортикальная гиперплазия и отдельные атипичные иммунобласты. Хотя первоначальные заключения в ряде случаев звучали как «злокачественный процесс» (3 случая), «смешанная лимфома» (1 случай), «ангиоиммунобластная лимфаденопатия» (2 случая), пролонгированное наблюдение подтвердило диагноз болезни Стилла [26].

В то время как некоторые авторы ставили вопрос о лимфоматозных проявлениях болезни Стилла, другие указывали на развитие лимфом у пациентов с установленным диагнозом этой патологии. F. Trotta et al. описали случай В-клеточной лимфомы, развившейся спустя два года от начала болезни Стилла без лимфаденопатии [24]. V. Reichert et al. описали случай болезни Стилла, где гистологическая картина лимфоузлов была интерпретирована как Т-клеточная лимфома [22]. Эти