



БОЛЬНИЦА МЕЧНИКОВА

- ГОРОД МИЛОСЕРДИЯ -

ВЫПУСК №09 (40)
газета выходит с июня 2013 года

СЕНТЯБРЬ 2016



Август был самым жарким месяцем в этом году. Почти полсотни тяжелых раненых приняли врачи больницы Мечникова.

Среди них Евгений – пожалуй, самый тяжелый за всю войну. Осколок пробил ему голову, сердце и легкое. Три сложнейших операции, три недели борьбы за его жизнь.

И вот сегодня Женя в ясном сознании и хорошем самочувствии встречает эксперта высочайшего уровня – директора института Амосова профессора Василия Лазори-

шинца, давнего друга больницы Мечникова.

Анализ результатов обследований, эхокардиография, беседа с пациентом... «Женя, несмотря на тяжесть ранения, абсолютно стабилен, все функции восстановлены благодаря профессионалам-мечниковцам.

Остался незакрытым один вопрос – осколок в левом желудочке сердца. Потребуется дообследование и операция в институте Амосова» – сказал на брифинге после консилиума Василий Васильевич. Через три дня военным санитарным самолетом Женю доставят в Киев.

Дорогие коллеги! Друзья!

Друзья! Наша сила в том, что мы никогда не стеснялись спросить совета, учиться у своих коллег, пригласить суперпрофессионалов на сложные случаи. И вот достойный результат: две тысячи сто спасенных жизней!

Убежден: способность развиваться плюс железная дисциплина – основа нашего успеха.

Учиться только у лучших. Контроль дисциплины начинать с себя. Не оглядываться на других. Сравнить себя только с первыми. Идти вперед. Несмотря ни на что. Так победим.

*Главный врач
Сергей РЫЖЕНКО*



РАК ПОЧКИ И ПРОСТАТЫ: ПРИГОВОР ИЛИ ЕСТЬ ШАНС?

Сегодня мы поднимаем вопрос заболеваний мочевыделительной системы и беседуем с заведующим отделением урологии №2 (онкологическое) **Владимиром Красновым**. Речь пойдет о раке почки и раке предстательной железы – самых распространенных онкологических заболеваний среди мужчин.

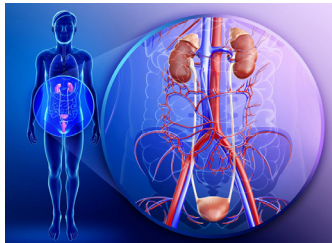
Владимир Николаевич, насколько распространен рак почки? Влияет ли на заболеваемость пол, возраст пациента?

Рак почки – достаточно распространенное онкоурологическое заболевание, оно занимает 10 место в структуре всей онкологической патологии. Мужчины болеют в 2 раза чаще женщин. Возраст пациентов обычно 40-70 лет.

Почему в группе риска больше мужчин, чем женщин? С чем это связано?

Замечено, что рак чаще встречается у полных пациентов, курильщиков, у людей, занятых на резиново-каучуковом, бумажном производстве, имеющих контакт с промышленными красителями, нефтью, ядохимикатами и солями тяжелых металлов. В этих направлениях работает больше мужчин. Это лишь предположение.

Какие именно факторы становятся причиной опухолей почек? Есть ли генетическая предрасположенность?



Онкоурологам известны следующие факты: курение – повышает риск развития рака почки на 30-60% по сравнению с некурящими, ожирение, профессиональные факторы – работа с тяжелыми металлами ядовитыми и токсическими веществами, некоторое лекарственное лечение – гипотензивные средства, диуретики, амфетамины, фенацитин. В зоне риска люди на гемодиализе, которые имеют терминальную стадию хронической почечной недостаточности. А также люди с болезнью фон Гиппеля-Линдау – это заболевание, связанное с нарушением гена VHL и развитием ангиом, гемангиобластом, кист и рака почки. Нарушение гена имеет наследственный характер.

Какова выживаемость при раке почки?

На 1 и 2 стадии пятилетняя выживаемость на уровне 90%, при 3 и 4 стадии – до 20%, при поражении лимфоузлов выживают на протяжении 5 лет 30% больных, у остальных нет шансов. При наличии метастазов более половины пациентов погибает в течении первого года, пятилетняя выживаемость доходит до 30%, десятилетняя – до 5%.

Возможно ли предотвратить возникновение рака почки?

Можно только снизить риск развития рака почки – исключить курение, снизить вес, свести к минимуму вредные внешние факторы, в том числе и производственные, правильно питаться.

(продолжение на стр. 2)

Существует ли эффективное лечение рака почки?

Эффективность лечения зависит от стадии, распространенности процесса, гистологического типа опухоли, наличия или отсутствия метастазов и поражения лимфоузлов. Вид терапии выбирается лечащим врачом на основании этих данных индивидуально для каждого пациента. Каждый из этих методов может быть эффективным в определенных случаях.

Что применяют на поздних стадиях заболевания?

Это новый вид лечения - таргетная терапия, различные виды иммунотерапии, на стадии разработки находится генная терапия.

Еще одна немаловажная проблема – рак простаты, какие причины заболевания?

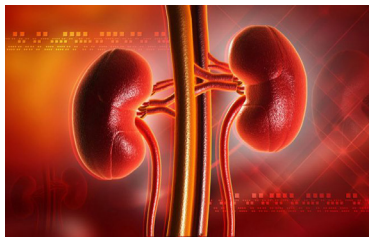
Рак простаты развивается из тканей желез предстательной железы и встречается у каждого седьмого мужчины старше 50 лет. Является одной из самых частых причин смерти пожилых мужчин. Причины возникновения до конца не вы-

яснены. Известно, что болезнь связана с мужским гормоном — тестостероном. Чем выше его уровень в организме, тем вероятней возникновение рака простаты. Среди факторов риска также: пожилой возраст, наследственность, аденома простаты, плохая экология, вредное производство, нездоровый образ жизни.

Как распознать болезнь?

Симптомы начинают беспокоить мужчину, когда болезнь зашла уже слишком далеко, и шансов на полное излечение почти нет. Рак может проявляться учащенным мочеиспусканием, болями в промежности, кровью в моче и в сперме. Иногда первыми проявлением заболевания станут признаки, характерные для метастазов: боль в костях, переломы, боль в груди. Может развиваться острая задержка мочи, раковая интоксикация: человек резко худеет, слабеет, его кожа становится очень бледной с землистым оттенком.

Татьяна ГАЮН



СТЕНОЗ СПИННОМОЗГОВОГО КАНАЛА

Спинальный стеноз – это сужение спинномозгового канала в одном или более участках позвоночника, чаще всего в верхнем или нижнем отделах. Такое сужение может вызвать компрессию спинного мозга и нервных корешков, выходящих из спинного мозга.

Стеноз спинномозгового канала может вызывать судороги, боль или онемение в ногах, шее, плечах или руках, потерю чувствительности в конечностях и иногда проблемы с работой мочевого пузыря или кишечника.

Наиболее распространенные симптомы стеноза спинномозгового канала включают:

Боль или судороги в ногах, иррадирующая боль в спине и бедре, онемение, слабость или покалывание в ногах или ступнях, потеря функции кишечника или мочевого пузыря (синдром конского хвоста). В тяжелых случаях могут быть поражены нервы, иннервирующие мочевой пузырь или кишечник, что приводит к полному или частичному недержанию кала или мочи. Если вы испытываете одну из этих проблем, незамедлительно обратитесь к врачу.

Диагностика стеноза заключается в проведении дополнительных обследований: КТ, МРТ

При несвоевременном обращении к врачу часто возникают следующие осложнения: ограничение ходьбы, потеря чувствительности и слабость в ногах, потеря контроля над работой кишечника или мочевого пузыря.

Лечение

Для многих пациентов, страдающих стенозом спинномозгового канала, лечение консервативными методами может быть успешным. Но если боль вызывает потерю трудоспособности или значи-

тельно мешает вам ходить, врач может рекомендовать проведение операции на позвоночнике. Острая потеря функции кишечника или мочевого пузыря обычно считается состоянием, требующим немедленного медицинского и срочного хирургического вмешательства.

Нехирургические методы лечения: физиотерапия, анальгетики, состояние покоя или ограниченная актив-

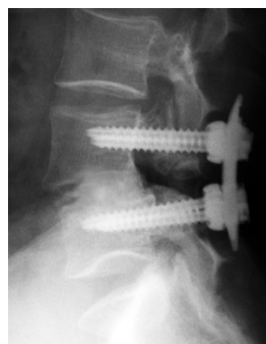
ность, спинной корсет.

Операция преследует две цели – снять давление на спинной мозг или нервы и обеспечить целостность и силу позвоночника. Достижение этих целей заключается в освобождении нервных структур от костных разрастаний и формированием заново позвоночного канала и дополнительной стабилизации позвоночника специальной металлической винтовой системой. Как показано на рисунке 2 и рисунке 3.

Поскольку при удалении костных



Схематическое изображение стабилизирующей винтовой системы



Рентгенограмма после установки винтовой стабилизирующей системы

разрастании без дополнительной стабилизации позвоночника, как правило приводит, к нестабильности или «разболтанности» позвонков. Эта нестабильность после операции может привести к усилению боли и других симптомов еще больше чем до операции.

Профилактика

Предотвратить наступление возрастных изменений, связанных со спиной, невозможно, но следующие действия помогут более длительно сохранить ваш позвоночник и суставы здоровыми: Регулярно выполняйте физические упражнения, следите за тем, как вы сидите, стоите, поднимаете тяжелые предметы и даже то, как вы спите, поможет вам сохранить вашу спину в здоровом состоянии. Прежде чем поднять что-то тяжелое, решите, куда вы его поставите и как вы туда доберетесь. Толкать – безопаснее, чем тянуть. Всегда сгибайте колени, чтобы руки были на уровне объекта. Не поднимайте тяжести над головой.

Для лучшего положения тела во время сна, выбирайте твердый матрас. Используйте подушку для опоры, не используйте подушку, которая заставляет шею находиться под большим углом.

Поддерживайте здоровый вес. Слишком большой вес добавляет нагрузку на суставы и кости. Самое главное не занимайтесь самолечением, иначе это может привести к необратимым изменениям, которые даже врачам будет уже не под силу устранить.

Будьте Здоровы и не болейте.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Папилломавирусная инфекция считается самой распространённой инфекцией, передающейся половым путём, с частотой, достигающей 82% среди сексуально активного населения.

Вирусы папилломы человека принадлежат к роду Papillomavirus, семейству паповавирусов и являются мелкими, лишенными оболочки, ДНК - содержащими вирусами, которые поражают клетки кожи и слизистых оболочек.

Некоторые представители семейства ВПЧ, в частности 16 и 18 типов, являются истинными канцерогенами.

Одной из причин возникновения рака шейки матки является вирус папилломы человека.

Низкоонкогенные вирусы (чаще это 6,11 типы) - причина остроконечных кондилом вульвы и влагалища у женщин.

Заражение ВПЧ происходит после полового контакта с больным человеком, а также вирусом-носителем, не имеющим клинических проявлений.

Вирусы сохраняют жизнеспособность и на поверхности неживых объектов.

Основные органы-мишени для ВПЧ у женщин это область промежности, половые губы, вульва, влагалище и шейка матки. Это зоны возможной мацерации и образования микротравм при половых контактах. Заболевание нередко осложняется вторичной бактериальной инфекцией, что сопровождается появлением обильных белей, зуда и болевых ощущений.

Как защитить себя от вируса? На этот вопрос можно ответить зная основные факторы риска для ВПЧ инфекции.

Развитию папилломавирусной инфекции у женщин способствуют:

- молодой возраст, раннее начало половой жизни;

- беременность, ранние роды, неоднократные аборты, сопровождающиеся неизбежной травматизацией тканей половых путей;

- большое количество партнеров и частые половые связи;

- незащищенный секс, пренебрежение барьерными методами контрацепции;

- контакты с партнером, имевшим половые связи с женщинами, болеющими раком шейки матки, с аногенитальными кондиломами;

- отсутствие элементарной гигиены гениталий и местные раздражители, как у женщин, так и у мужчин;

- хронические воспалительные заболевания половых органов, дисбиотические состояния и различные урогенитальные инфекции, в том числе вирусной этиологии и др.



Поскольку появление дисплазии шейки матки, как предракового состояния, и рака шейки матки происходит не сразу после инфицирования, а в течение нескольких месяцев и даже лет (в случае рака) при персистирующей ВПЧ инфекции, т.е. постоянном

присутствии вируса в ткани шейки матки, основным способом профилактики этих заболеваний является раннее выявление папилломавирусной инфекции. В современных условиях это не представляет особого труда. Осмотр в зеркалах, кольпоскопия (осмотр в микроскоп с увеличением 15-30 раз шейки матки, влагалища, и вульвы); цитологические мазки с поверхности шейки матки и стенки влагалища; ПЦР диагностика с определением типа и количества вируса (мазки с поверхности шейки матки и влагалища) - вот алгоритм действий, позволяющий гинекологу своевременно поставить диагноз и начать лечение ВПЧ.

Татьяна НЕВСТРУЕВА

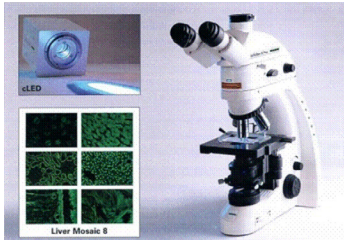
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Клинико-диагностическая лаборатория КУ «Днепропетровская обласная клиническая больница им. И.И. Мечникова» на сегодняшний день является крупнейшей лабораторией Днепропетровской области, где собраны современное оборудование лучших европейских производителей, обученный квалифицированный персонал, успешно внедряются современные технологии, новые диагностические тесты.

Одним из новых направлений в диагностике неврологических заболеваний является определение антител к специализированным белкам. В соответствии с природой опухоли, опухолевые клетки экспрессируют антигены амфи-физин, CV2, PNMA2(Ma2/Ta), Ri, Yo или Hu, Ma, рековерин, SOX1, titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER) которые могут вызвать образование специфических аутоантител. Эти аутоантитела связываются с соответствующими антигенами, локализованными в нервной ткани, и таким образом оказываются вовлеченными в неврологические заболевания, известные как паранеопластические синдромы.

Паранеопластические синдромы опре-

деляются как клинические синдромы, сопровождающиеся раковыми опухолями без сосудистых или инфекционных факторов или возникающие в результате побочного действия противоопухолевой терапии. Их причиной являются запускаемые опухолью иммунологические механизмы, эффект которых может проявляться вдали от места локализации первичной опухоли и/или метастазов. Паранеопластическими синдромами сопровождаются приблизительно 15%



раковых заболеваний, в особенности рак легкого и рак желудка. Паранеопластические отоневроофтальмологические синдромы обычно возникают при энцефалите ствола головного мозга и/или при дегенерации мозжечка. Обнаруживаемая связь паранеопластических синдромов с различными иммунными ответами на онконейрональные белки (такие как анти- Hu, анти-Ri, анти-Yo, анти-Ma, анти-Ta и анти-Tr) или с иммунологическими механизмами, направленными на неизвестные антигены, способствует продвижению исследований этих механизмов.

Паранеопластический синдром может возникать за месяцы и годы до обнаруже-

ния вызвавшей его опухоли. Эти маркеры помогают провести дифференциальную диагностику между истинным паранеопластическим синдромом и другими воспалительными заболеваниями нервной системы, схожими с паранеопластическим синдромом. Существует строгая ассоциация между паранеопластическим синдромом, специфичностью антинейрональных антител и типом ассоциированной опухоли.

Антитела могут быть найдены и в сыворотке, и в спинномозговой жидкости. Основываясь на общем количестве IgG, концентрация антител в спинномозговой жидкости выше, чем в сыворотке.

Определение нейрональных антител может не только служить диагностическим признаком развития патологического процесса в нервной ткани, свидетельствуют о различных механизмах, лежащих в основе развития нейроинтоксикации.

Коллектив лаборатории делает все для того чтобы врач принял правильное решение, а пациент получил качественный результат.

Евгения ФИЛИПОВА



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК, ВСЛЕДСТВИИ ТЯЖЕЛОЙ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

В областной клинической больнице им. И.И. Мечникова находились на лечении пациенты с тяжелой боевой скелетной травмой на протяжении 2014-2016 годов. Полученный опыт в лечении данной группы пациентов, указывает на необходимость тщательного мониторинга функций систем и органов, как в первые сутки получения травмы, так и в последующие 72 часа.

Особенностью течения травматической болезни с повреждением нескольких сегментов тела, а также больших мышечных массивов, является формирование почечной дисфункции, в острый период травматической болезни. Шок, кровопотеря, рабдомиолиз с гипермиоглобинемией – этиологические факторы возникновения острого повреждения почек. Мониторинг диуреза, уровень мочевины и креатинина, контроль электролитов и кислотно-щелочного состояния, уровень миоглобина, в сумме определяют тактику лечения пациентов с данной патологией.

За два с половиной года в больнице им. И.И. Мечникова прошли лечение более 2 тысяч раненных пациентов с боевой тяжелой сочетанной травмой. Содержания уровня миоглобина в крови исследовалось у всех пациентов, с целью выявления фактора формирования почечной недостаточности. Концентрация миоглобина колебалась от уровня



250 мкг/л, (в норме у мужчин до 92 мкг/л), до 3580 мкг/л. 19 раненных пациентов с острым повреждением почек, в результате тяжелой боевой травмы, потребовали использование заместительной почечной терапии с помощью эфферентных методов детоксикации, в связи с неэффективностью консервативной терапии. Высокая величина молекулы миоглобина 17 000 Да, не позволяет удалить её через полупроницаемую мембрану при использовании дискретного метода диализа. Использование плазмообменного плазмозаменителя в ранний период травматической болезни, не представлялось возможным вследствие угрозы кровотечения. Методом выбора использовалась продленная вено-венозная гемодиализация аппаратом PRIZMA, Set HF1000, непрерывно в течении от 12 до 72 часов, 1 – 2 сеанса. Критерием эффективности лечения являлось снижение уровня миоглобинемии, снижение азотемии, восстановление кислотно-щелочного баланса, восстановление диуреза. 6 пациентов в дальнейшем получали лечение острым диализом от 2 до 7 сеансов, до восстановления функции почек. Наличие высокотехнического оборудования в областной клинической больнице им. И.И. Мечникова, использование наиболее передовых методик, позволило не только сохранить жизнь, но и восстановить утраченные функции, избежать жизнеобеспечивающую зависимость от заместительной почечной терапии.

Владимир ДУБИНА



Для багатьох з нас спогади про дитинство, про школу – це 1 Вересня. В День знань ми завжди послішали з квітами для наших вчителів. Святоква лінійка, перший дзвоник і, звичайно, перший урок – Урок миру.

Багато часу сплило з тих днів. Вже понад 2 роки в Україні точиться війна. Понад 2 роки лікарня ім. І. І. Мечникова рятує життя важкопоранених бійців із зони АТО.

Разом з досвідченими фахівцями – хірургами, нейрохірургами, травматологами, анестезіологами, дні та ночі в операційних залах та реанімаційних палатах проводять молоді лікарі «Мечниківського молодіжного руху». Сьогодні вони вже мають неабиякий досвід в лікуванні бойової травми, наданні медичної допомоги при масових надходженнях постраждалих. Нажаль, цей досвід набутий кров'ю...

Весь цей час, за ініціативи головного лікаря **Сергія РИЖЕНКО**, молоді

ПЕРШИЙ УРОК – «УРОК МУЖНОСТІ»



лікарі проводять «Уроки мужності» для учнів старших класів та студентів вищих навчальних закладів Дніпропетровської області. Понад 1000 наших юних земляків освоїли навички надання першої долікарської допомоги завдяки лікарні ім. І.І. Мечникова.

1 Вересня 2016 року мечниківський десант висадився в середній загальноосвітній школі № 21 м. Дніпро. Учні 9-11 класів одразу після святкових заходів з нагоди Дня знань відправились на свій перший в цьому році урок до актовій зали.

Наші лікарі навчили хлопців та дівчат невідкладним діям, від яких може залежати збереження здоров'я або навіть життя людини, що потрапила в біду. Накладання пов'язок при травмі голови, зупинка кровотечі підручними засобами, іммобілізація при переломах кісток та травмі хребта, надання допомоги при травмі грудної клітини та живота, проведення серцево-легеневої реанімації. Більшість дітей вперше змогла не тільки послуhati, а й своїми руками потренуватись на однокласниках та манекенах в наданні долікарської допомоги. Сподіваємось, що ці навички не знадобляться



ВІТАЄМО З ЮВІЛЕЄМ!



- 05.09.1956 – **НИКОНОВ Юрій Васильович** - служба ремонту, муляр
- 06.09.1966 – **ЧЕРЕШНЯ Ольга Михайлівна** - операційний блок, молодша медична сестра операційної
- 10.09.1956 – **ІШКІН Євген Вікторович** - Відділення урології № 1 (у тому числі рентген-хірургічний блок), інженер-радіолог 1 категорії
- 10.09.1946 – **ОМЕЛЬЧЕНКО Валентина Савеліївна** - організаційно-методичний відділ, фельдшер
- 14.09.1956 – **МАЙСТРЕНКО Надія Іванівна** - відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії № 2 загального профілю, молодша медична сестра з догляду за хворими
- 14.09.1966 – **ШЕВЧЕНКО Валентина Петрівна** - нейрохірургічне відділення хірургії спини і спинного, молодша медична сестра з догляду за хворими
- 15.09.1966 – **БОГАЧОВ Геннадій Анатолійович** - водопровідно-каналізаційна служба, начальник служби
- 15.09.1966 – **СЕМЧУК Світлана Василівна** - відділ кадрів, старший інспектор з кадрів
- 15.09.1966 – **КИСЕЛЬОВА Антоніна Іванівна** - відділення гінекології, молодша медична сестра перев'язувальної
- 23.09.1966 – **ТОПОРКОВ Анатолій Аркадійович** - рентген-діагностичне відділення, лікар-рентгенолог
- 26.09.1946 – **КОЩЕЄВА Валентина Григорівна** - відділення профпатології, лікар-профпатолог
- 27.09.1966 – **НЕРОДА Тетяна Василівна** - обласна консультативна поліклініка, лікар з функціональної діагностики
- 28.09.1946 – **СМІЛКА Тамара Володимирівна** - обласна консультативна поліклініка, сестра-господиня

ЗАСНОВНИК:

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: ДП № 2019-757р від 14.05.2013 р.

Головний редактор О.М. Толубаєв. Тел. редакції (056)373-09-03. 49005, м. Дніпропетровськ, пл. Жовтнева, 14. Обсяг 1 ум. др. арк. ф. АЗ. Тираж 500. Друк ПП Дрига Т.В. 49070, м. Дніпропетровськ, вул. Московська, 6, корп. 2. Тел. 785-65-22.

