



Рис. 2. Рентгенограммы органов грудной клетки (а) до и (б) после пневмонии

клеток с признаками злокачественности не обнаружено. Выялот реактивный, с выраженно-ней гиперобструктивной и гранулематозной реакцией.

Через 6 часов по контрольной рентгенограмме органов грудной клетки сохранялся неострой гидроторакс, что потребовало проведения повторной плевральной пункции. Было эвакуировано 1,5 литра светло-желтой жидкости без примесей и осадка.

Дальнейшее обследование выявило:

- NT органов грудной клетки и брюшной полости: внутрибрюшной лимфаденопатия, умеренная гепатосplenомегалия, Асцит. Жидкость в полости перитонеа: НТ-применя двусторонний гидроторакс. Инфильтрация левого легкого по типу матового стекла.
- Фиброколоскопия: эндоскопические признаки вовлечения левой половины толстой кишки в опухолевый процесс. Дислокация сигмовидной кишки.
- МРТ органов малого таза: исследование выполнено не в полном объеме, приращено досрочно по желанию пациентки по ходу бреша-

ны в полости малого таза, в нижних отделах брюшной полости и в промежы влагалища с обеих сторон на фоне свободной жидкости визуализируются множественные разнонаправленные опухолевые узлы с нечеткими границами контурами, неоднородной структурой. Насыщенность с наличием незначительных пристеночных включений, спленогенеза с формированием опухолевых конгломератов.

Заключение. МР-картина наиболее характерна для опухолевого поражения яичников с признаками концентричности брюшины. Асцит.

По результатам обследования пациентки была направлена в Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкогинекология). Выявлены признаки запятого ооцита. По результатам цитологического исследования: мие — аденокарцинома яичников, подтвержденная данными исследования адгезивной жидкости (метастатический выпот).

Представленный клинический случай демонстрирует трудности при наличии плевроальтерального выпота. Истинной причиной дыхательной недостаточности, «неочевидного» гидроторакса оказался распространенный опухолевый процесс малого таза, проявляющийся бессимптомно на ранних стадиях.

Таким образом, данный пример подтверждает целесообразность проведения междисциплинарных профилактических осмотров и позволяет сделать вывод о необходимости обязательного обследования органов малого таза пациентками с беспричинным гидротораксом. **V**

ЛИТЕРАТУРА

1. Mery J.V., Cote J. W. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: with a report of three cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, 1937, 35: 249-267.
2. Laine S. Mery's syndrome: the history of the eponym. *Int J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 92 (2): 189-204.
3. Лазаревский И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. М.: Медицина, 1985.
4. Wain J. J. Pseudo Meigs' Syndrome associated with metastatic cancer of ovary. *Int J Gynecol Obstet*, 72: 727-730, 1972.
5. Nagakura S., Shoji T. Pseudo Meigs' syndrome caused by metastatic ovarian tumors from colorectal cancer. *Int J Surg* 17: 418-425, 2009.
6. Wain M., Westrahele S., Kuvshinov A., Shoji T., Shoji T. Pseudo Meigs' syndrome caused by leiomyoma with bladder attachment associated with ascites and hydrothorax — a rare case of a rare syndrome. *Oncology* 25 (5): 445. Review, 2002.

Периодизация Учебных курсов

Краткое пояснение-инструкция

Диагностика и показания для госпитализации больных с внебольничной пневмонией



Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых (РРО, МАКМАХ, 2014).

Диагностические исследования при тяжелой внебольничной пневмонии (ТВП) направляются на подтверждение диагноза пневмония, установление этиологии, оценку прогноза, выявление осложнений или рекомендаций сопутствующего заболевания, определение показаний для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и также лабораторные и инструментальные данные на значениями вазоресорпции.

Если пациентом с ТВП помимо сбора анамнеза и рутинного физического обследования рекомендуется:

- избирательная рентгенография органов грудной клетки бы и в переднем и в боковой проекциях (ВР)
- пульсоксиметрия, а при SpO₂ < 90% — исследование газов артериальной крови (рСО₂, рСО, рН, выдох углекислоты) (ВР)
- развернутый общий анализ крови с определением скорости оседания эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы (ВР)
- биохимический анализ крови: мочевин, креатинин, глюкоза, печеночные ферменты, билирубин, гематокрит, гемоглобин (С)
- ЭКГ в стандартных отведениях (ВР)

Для оценки прогноза при ТВП целесообразно использовать шкалу CURB-65 или индекс тяжести пневмонии PSI/шкалу PORT. Прогноз является неблагоприятным при наличии ≥ 3 баллов по шкале CURB-65 или принадлежности к классу риска V по индексу тяжести пневмонии PSI/шкале PORT (ВР).

Для определения показаний к госпитализации в ОРИТ рекомендуется использовать критерии OSALATS:

- наличие одного из больших критериев:

 - 1) выявленная дыхательная недостаточность (Dx), трибурация (ВР);
 - 2) ортостатический коллапс с необходимостью введения вазопрессоров;

- наличие трех-малых критериев:

 - 3) ЧДД > 30/мин, РпО₂ < 750;
 - 4) ортостатическая гипотензия;
 - 5) нарушение сознания;
 - 6) уровень креатинина доз не менее 0,20 мг/дл;
 - 7) лейкоциты > 14 × 10⁹/л;
 - 8) тромбоцитопения (тромбоциты < 100 × 10⁹/л);
 - 9) гипотермия < 36 °С;
 - 10) гипотензия, требующая инфузионной инфузионной терапии пациента.

С целью этиологической диагностики ТВП целесообразно использовать следующие методы:

- культуральный исследование двух образцов внеочередной крови (С)
- бактериологическое исследование респираторного образца — мокрота или трахеальный аспират (у пациентов, находящихся на ИВЛ) (ВР)
- исследование по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии (ВР)
- исследование респираторного образца мокроты или смывов из носоглотки и заднего носового хода при методе полимеразной цепной реакции (ПЦР) во время нахождения в отделении, наличие положительного общего иммунофлуоресцентного анализа, специфичности в отношении микробактериального возбудителя (ВР)

По показаниям пациентам с ТВП проводится дополнительное лабораторные и инструментальные исследования, в том числе исследование свертывающей способности крови и определение биомаркеров воспаления: комплексная томография (КТ), фиброколоскопия, ультразвуковые исследования, плевральная пункция с цитологическим, бактериальным и микробиологическим исследованием плевральной жидкости (ВР).

*А, В, С, D — уровни доказательности

Псевдосиндром Мейгса в практике терапевта

Попович А.Д., врач-терапевт, врач-терапевт отделения профилактики СВБ ГБУЗ «Городская поликлиника №2»

В первой половине XX века профессор Гарвардской медицинской школы, американский хирург Мейс (Lise Meigs Vincent) описал симптомокомплекс, известный в настоящее время как синдром Мейгса [1, 2]. Подобный синдром упоминался и был описан рядом других клиницистов, а связи с ним можно встретить и такие названия, как синдром Демона — Мейгса [Demons — Meigs, Meigs] — Салмона [Meigs — Salmon, Meigs] — Касса [Meigs — Cassi] [1, 2].

Классический синдром Мейгса включает наличие гидроторакса, асита и доброкачественной опухоли яичника — фибромы [3]. Однако описано немало случаев сочетания выпота в плевральную и брюшную полости с иными образованиями малого таза, таковыми как поликистоз яичника, аденокарцинома яичника или не вторичное метастатическое поражение яичника при злокачественном раке, получающим название псевдосиндрома Мейгса [4–6].

Клиническая картина как при истинном синдроме Мейгса, так и при псевдосиндроме неспецифична. Исследования при осмотре, обследовании, уточненности, общему состоянию требуют проведения дифференциальной диагностики с другими редкими патологиями.

В этой связи значительный интерес представляет клинический случай пациентки с псевдосиндромом Мейгса, поступившей в стационарное отделение скорой медицинской помощи ГСПбГМУ им. академика И.П. Павлова с ведущими в клинической картине явлениями двусторонней недостаточности



Особенностью данного случая стала сложность своевременной диагностики эмболического процесса, обусловленная столь же редким, тем не менее, заболеванием на ранней стадии и неимевшимыми для данной категории пациентов проявлениями на поздней стадии, кроме того, данный пример пока вызывает необходимость обследования органов малого таза у пациентки с избыточным количеством гидротораксом.

Пациентка 45 лет поступила в стационарное отделение скорой медицинской помощи ГСПбГМУ им. академика И.П. Павлова 19 октября 2016 года в экстренном порядке с жалобами на нарастающую инспираторную одышку, возникающую при разговоре и минимальной физической нагрузке, общую слабость, вялость. До лета 2016 года считала себя здоровой. В последние месяцы отмечала повышение температуры тела до 38 °С, нарастающую общую слабость, потливость. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была обследована. По данным флюорографии двустороннее прикорневое затемнение, левосторонний плеврит. По данным ИТ легочные от 11.08.2016 инфильтративных очагов измененный, лимфаденопатии не выявлено. Картина двустороннего гидроторакса. По данным УЗИ плевральная полость слева — 1000–1500 мл жидкости, справа — 100 мл. Рекомендована госпитализация, от которой пациентка отказалась. Назначена диуретическая терапия с положительным эффектом. Больная не ликвидировала выделенной одышки не отмечала.

С начала октября пациентка прервала прием диуретиков, на фоне чего отмечала

повышение и постепенное нарастание одышки инспираторного характера, общей слабости, что и послужило поводом для обращения и госпитализации в ГСПбГМУ.

При поступлении:

- по лабораторным данным лейкоцитоз (9,4), тромбоцитоз (575), anemia нет, основные биохимические показатели в норме;
- по данным рентгенограммы органов грудной клетки: тотальное затемнение левой половины грудной клетки (гидроторакс) со смещением органов средостения вправо. Справа без инфильтративных очагов измененной;
- по данным УЗИ органов брюшной полости гепатомегалия (ВРП 15,6 см), очаговых образований не выявлено. Асцит. В правой плевральной полости свободная жидкость объемом 400 см³, слева — приблизительно 3000 см³.

Пациентке была выполнена плевральная пункция, эвакуировано 2 литра серозно-геморрагического содержимого (рис. 1), при микроскопическом исследовании которого выявлены



Рис. 1. Серозно-геморрагический и геморрагический выпот, полученный после плевральной пункции. Объем 2 литра

Трудности перевода

Болезнь — не наша традиция.

Если заложен нос — карандаш для ингаляций «Золотая Звезда»!

- ★ на основе натуральных эфирных масел;
- ★ подходит для детей от двух лет;
- ★ компактная удобная форма выпуска.

МАТЕРИАЛ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Учредитель: Закрытое акционерное общество «Ирина» (закрытое акционерное общество) «ИРИНА»
Наименование ООО: Ирина-фарма
Номер свидетельства: 50148 от 05.11.2014
Дата регистрации: 22.03.2015
Форма распространения: почтовый заказ
Формы распространения: почтовый заказ

Виды продукции:

Главный редактор:

Ирина-фарма

Россия и мир:

Москва: Россия

Тел: +7 (495) 787-52-26

Ирина-фарма.ру

Под номером работы:

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Ирина-фарма

Содержание

- 2 **терапевт/ Учебник врача**
Дифференциальная диагностика торакалгии
- 7 **терапевт/ Комплексное лечение**
Заболевание вен
- 12 **терапевт/ Немедленный диагноз**
Псевдосиндром Мейгса в практике терапевта
- 15 **терапевт/ Учебник врача**
Диагностика и показания для госпитализации больных с внебольничной пневмонией. Алгоритм оказания помощи
- 16 **терапевт/ Комплексное лечение**
Антибиотикорезистентность. Пути решения проблемы
- 18 **гастроэнтеролог/ Учебник врача**
Синдром Золлингера — Эллисона. Высшаяшая патология
- 23 **гастроэнтеролог/ Немедленный диагноз**
Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Цена профилактики
- 28 **гастроэнтеролог/ Учебник врача**
Алкогольная болезнь печени: психология, лечение, исход
- 32 **эндокринолог/ Мета беле**
Особенности прегравидарной подготовки в практике врача-эндокринолога
- 37 **гинеколог/ Мета беле**
Новые технологии в лечении гинекологических заболеваний
- 41 **гинеколог/ Мета беле**
Ановуляторные циклы. Норма и патология
- 46 **кардиолог/ Стандарты и практика**
Новый стандарт лечения сердечной недостаточности (ESC, 2016). Что изменилось?
- 52 **лор/ Мастер-класс**
Инфекционно-аллергическая риносинусопатия. Особенности диагностики и лечения
- 58 **ораво врач/ Законы и практика**
Экспертиза временной нетрудоспособности при болевом синдроме

Верное_средство №2(8)_2017_согласовано в...



№ 2 (8)
 март – апрель
 2017 год

Полный текст статьи
 2. **Психология**
психологических
работников 37

Анализ роли переводчика
 41

Полный текст статьи
 4. **Психология**
недостаточности
(ESG, 2016), что
изменилось? 40

Верное — средство

- перевод
- кардиология
- онкогинекология
- ИЗД
- гинекология
- гастроэнтерология



Язык боли:
трудности перевода