

DOI 10.21292/2078-5658-2017-14-1-72-75

# ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИИ

Д. Н. ШИШЕНКОВ<sup>1</sup>, Д. В. ФЕДОРОВЦЕВ<sup>1</sup>, В. А. РОСЛОВ<sup>1</sup>, А. Л. ФОМИН<sup>1</sup>, М. С. МЫЛЬНИКОВ<sup>1</sup>, Ф. Р. ЧЕПЦОВ<sup>1</sup>, С. В. ЗЫРЯНОВ<sup>2</sup>, К. Г. ШАПОВАЛОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница № 1, г. Чита, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита, Россия

Число пациентов с тяжелыми формами демиелинизирующей полирадикулонейропатии и дыхательной недостаточностью неуклонно возрастает. Текущее состояние системы здравоохранения и финансирования медицинских услуг не позволяет в полной мере компенсировать затраты на оказание помощи больным с данной патологией.

**Цель работы:** на примере конкретного случая привлечь внимание к необходимости принятия системных решений для организации лечения пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке. Требуется изменение законодательной базы, подходов к оплате медицинских услуг, создание специальных центров, способных аккумулировать таких пациентов, организация медицинской помощи в домашних условиях.

**Ключевые слова:** демиелинизирующая полирадикулонейропатия, респираторная терапия, дыхательная недостаточность

## ORGANISATION OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE SUFFERING FROM INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYRADICULONEUROPATHY

D. N. SHISHENKOV<sup>1</sup>, D. V. FEDOROVITSEV<sup>1</sup>, V. A. ROSLOV<sup>1</sup>, A. L. FOMIN<sup>1</sup>, M. S. MYLNIKOV<sup>1</sup>, F. R. CHEPTSOV<sup>1</sup>, S. V. ZYRYANOV<sup>2</sup>, K. G. SHAPOVALOV<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Municipal Clinical Hospital no. 1, Chita, Russia

<sup>2</sup>Chita State Medical Academy, Chita, Russia

The number of patients with severe forms of demyelinating polyradiculoneuropathy and respiratory failure is constantly increasing. The current state of health care system and funding of medical services do not allow full compensation of the costs for provision of care for those with this disorder.

**Goal of the article:** the specific clinical case is used to raise the awareness of the need for taking system decisions to provide treatment for the patients requiring continuous respiratory support. Legal regulations and approaches to payment for medical services are to be changed, special centers able to accumulate such patients are to be organized, care at home is to be provided.

**Key words:** demyelinating polyradiculoneuropathy, respiratory therapy, respiratory failure

Больные с острой (синдром Гийена – Барре) и хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатией, осложнившейся несостоятельностью функции внешнего дыхания, все чаще госпитализируются в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) многопрофильных больниц [2, 4]. Распространенность заболевания варьирует от 0,4 до 4 случаев на 100 тыс. населения в год и чаще встречается у мужчин старшей возрастной группы [2, 3, 5, 7]. Наиболее популярна аутоиммунная теория патогенеза воспалительной демиелинизирующей полинейропатии [4, 8]. В связи с малой распространенностью данной патологии при стационарном лечении пациентов возникает ряд сложных организационных и медицинских проблем, на которых хочется акцентировать внимание на примере следующего наблюдения.

Больной В., 67 лет, поступил в Городскую клиническую больницу № 1 г. Читы 10.01.2014 г. Диагноз клинический: синдром Гийена – Барре; подострая воспалительная демиелинизирующая энцефаломиелополирадикулонейропатия, прогрессирующее течение; выраженный смешанный тетрапарез с пре-

обладанием слева; синдром ствольных нарушений с выраженным нарушением функции дыхательной мускулатуры. Осложнения: гипостатическая пневмония в нижних долях обоих легких; двусторонний гидроторакс. Сопутствующая патология: атеросклероз аорты, мозговых артерий; артериальная гипертензия III ст., 3-й степени, риск 4; ишемическая болезнь сердца (ИБС); стабильная стенокардия напряжения, 2-й функциональный класс; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхитический тип, средней тяжести; дыхательная недостаточность (ДН), II; киста левой почки; хронический вторичный двусторонний пиелонефрит, ремиссия; хронический криптогенный гепатит, неактивная фаза.

Примерно за 10 мес. до поступления пациент перенес острую кишечную инфекцию, находился на лечении в Краевой инфекционной больнице. Спустя 1,5 мес. после выписки из стационара появилась мышечная слабость в нижних конечностях, больше слева, которая постепенно нарастала. За 3 мес. до поступления мышечная слабость усугубилась, с тенденцией к распространению на верхние конечности,

изменился голос, появились жалобы на чувство нехватки воздуха, невозможность глубоко вдохнуть.

С 7 по 10.01.2014 г. больной находился на лечении в терапевтическом стационаре, не имеющего ОРИТ, с диагнозом: ИБС, стабильная стенокардия, 3-й функциональный класс. В связи с ухудшением состояния 10.01.2014 г. бригадой СМП переведен в дежурную многопрофильную больницу.

Состояние при поступлении в Городскую клиническую больницу № 1 тяжелое, кома I. Артериальное давление – 85/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 86 уд./мин. Спонтанное дыхание неадекватное, с частотой 8 в 1 мин. SpO<sub>2</sub> – 62%. Госпитализирован в ОРИТ. Учитывая неэффективность спонтанного дыхания, осуществлен перевод на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) с управлением по объему. Через 7 сут была выполнена трахеостомия.

В зависимости от клинико-синдромных состояний, выявляемых в процессе лечения, применяли гормональную, антибактериальную, метаболическую и седативную терапию, введение человеческого иммуноглобулина, прозерина, ретаболила. Проводили плазмаферез и лазерное облучение крови.

В течение почти 3 мес. пациенту проводили принудительную и/или вспомогательную вентиляцию легких. Предпринимали неоднократные попытки перевода на спонтанное дыхание, которые оказывались безуспешными (снижение SpO<sub>2</sub> ниже 80%, учащение частоты дыхания до 28 в 1 мин и больше).

С апреля 2014 г. сформировался следующий режим респираторной поддержки: в течение дня пациент находился на спонтанном дыхании через трахеостомическую канюлю с одышкой до 30–50 в 1 мин. Больной находился в ОРИТ, но самостоятельно передвигался в инвалидном кресле по территории больницы, был способен сделать несколько шагов, принимать пищу, общаться с родственниками и персоналом. В ночное время ему проводили ИВЛ в принудительном режиме. Попытки полного отказа от респираторной поддержки сопровождались агрессией и жалобами пациента.

На фоне длительной ИВЛ периодически диагностировали двустороннюю нижнедолевую пневмонию с последующим исходом в пневмофиброз в базальных отделах справа и развитием диффузного пневмосклероза.

При оценке неврологического статуса на протяжении длительного периода времени сохранялись парез дыхательной мускулатуры и нижних конечностей, признаки вегетативной автономной полинейропатии. Характерно, что проблемы с самостоятельным дыханием (со снижением SpO<sub>2</sub> ниже 90%) проявлялись только в горизонтальном положении и ночью (днем пациент спал без респиратора).

Предпринимали многочисленные попытки отказать от протезирования функции внешнего дыхания в ночные часы, однако в горизонтальном положении адекватное самостоятельное дыхание сохранялось только в течение 15 мин, затем разви-

валась одышка и происходило критическое падение сатурации, что требовало подключения аппарата ИВЛ. Рассматривалась возможность приобретения аппаратуры для неинвазивной ИВЛ для оказания медицинской помощи на дому. Однако реализовать ее не удалось.

Пациенту проводили комплексные мероприятия по реабилитации: курсы физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, однако без явного эффекта. Несмотря на адекватное питание, сохранялось выраженное истощение пациента (со снижением индекса массы тела менее 15).

Отмечались неоднократные периоды усугубления дыхательной недостаточности с полным переводом на респираторную поддержку в течение суток, связанные с присоединением госпитальной инфекции. При этом, несмотря на длительное канюленосительство, осложнений трахеостомии не зафиксировано.

На фоне очередной декомпенсации хронической дыхательной недостаточности 04.11.2016 г. констатирована смерть пациента.

Продолжительность нахождения больного в стационаре составила 2 года 10 мес. Примерный подсчет прямых экономических затрат на лечение – 3 760 000 руб.

**Обсуждение.** Хотя таких пациентов не так много, их появление в ОРИТ порождает много проблем, и не только экономического порядка. Существенным является формирование психологической зависимости от ИВЛ, развитие которой непросто дифференцировать при описанной патологии. Ее устранение требует целенаправленной кропотливой работы.

Среди факторов, оказавших явное негативное влияние на течение заболевания, выделяются стойкая, резистентная к терапии нутритивная недостаточность, пребывание пациента в условиях высокого риска контаминации госпитальными штаммами микроорганизмов, рецидивирующие инфекционно-воспалительные процессы респираторного тракта.

Кроме того, текущая нормативно-правовая база не позволяет реализовывать респираторную поддержку в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи [1, 6]. Клинико-экономические подходы по оплате стоимости законченного случая не восполняют материальные затраты на курацию больного с данной патологией. Нет отработанных для страны механизмов, позволяющих приобретать аппаратуру для неинвазивной ИВЛ, чтобы проводить ее дома. При этом необходимо констатировать и отсутствие центров для длительной респираторной терапии пациентов с тяжелой хронической дыхательной недостаточностью. Отделения паллиативной медицинской помощи не способны решать проблему курации подобных пациентов в связи с отсутствием респираторной техники (Приказ Министерства здравоохранения

РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»).

Кроме всего прочего, учитывая малую распространенность описанной патологии, персонал медицинской организации сталкивается с комплексом не только организационных, но и психологических проблем, связанных с длительным пребыванием пациен-

та в ОРИТ, его негативизмом к попыткам отлучения от респираторной поддержки, неудовлетворенностью родственников результатами лечения и пр.

Описывая данный случай, рассчитываем привлечь внимание к необходимости системного подхода к организации лечения подобных пациентов.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бобрович В. В., Богатова И. В., Шильникова Н. Ф. Состояние финансового обеспечения территориальной программы здравоохранения // Забайкальский мед. вестн. – 2016, № 4. – С. 111–116.
2. Дамулин И. В. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия: клинические особенности, диагностика, прогноз // Невролог. вестн. журнал им. В. М. Бехтерева. – 2014. – Т. XLVI, № 1. – С. 58–64.
3. Кожанова Е. Г., Куташов В. А. Синдром Гийена – Барре: современный взгляд на диагностику и лечение // Молодой ученый. – 2015. – № 23. – С. 360–363.
4. Кутепов Д. Е., Литвинов Н. И. Синдром Гийена – Барре // Казан. мед. журнал. – 2015. – Т. 96, № 6. – С. 1027–1034.
5. Хайбуллин Т. И., Хабиров Ф. А., Аверьянова Л. А. и др. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия и патогенетически близкие синдромы: диагностика и лечение // Практич. медицина. – 2014. – № 2 (78). – С. 21–30.
6. Шаповалов К. Г., Шильников В. А., Шильникова Н. Ф. Проблемы реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на уровне региона РФ // Дальневосточ. мед. журнал. – 2015. – № 1. – С. 70–73.
7. Vallat J. M., Sommer C., Magy L. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: diagnostic and therapeutic challenges for a treatable condition // *Lancet Neurol.* – 2010. – Vol. 9. – P. 402–412.
8. Yuki N. Guillain – Barré syndrome and antiganglioside antibodies a clinician-scientist's journey // *Proc. Jpn. Acad. Ser. B Phys. Biol. Sci.* – 2012. – Vol. 88, № 7. – P. 299–326.

#### REFERENCES

1. Bobrovich V.V., Bogatova I.V., Shilnikova N.F. Funding of regional health care program. *Zabaikalsky Med. Vestn.*, 2016, no. 4, pp. 111-116. (In Russ.)
2. Damulin I.V. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: specific symptoms, diagnostics, prognosis. *Nevrolog. Vestn. Journal Im. V.M. Bekhtereva*, 2014, vol. XLVI, no. 1, pp. 58-64. (In Russ.)
3. Kozhanova E.G., Kutashov V.A. Guillain-Barre syndrome: modern view of diagnostics and treatment. *Molodoy Ucheny*, 2015, no. 23, pp. 360-363. (In Russ.)
4. Kutepov D.E., Litvinov N.I. Guillain-Barre syndrome. *Kazan. Med. Journal*, 2015, vol. 96, no. 6, pp. 1027-1034. (In Russ.)
5. Khaybullin T.I., Khabirov F.A., Averyanova L.A. et al. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy and other pathogenetically close syndrome: diagnostics and treatment. *Praktich. Meditsina*, 2014, no. 2 (78), pp. 21-30. (In Russ.)
6. Shapovalov K.G., Shilnikov V.A., Shilnikova N.F. Problems of the order for medical care provision in anesthesiology and intensive care on the level of the Russian region. *Dalnevostoch. Med. Journal*, 2015, no. 1, pp. 70-73. (In Russ.)
7. Vallat J.M., Sommer C., Magy L. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: diagnostic and therapeutic challenges for a treatable condition. *Lancet Neurol.*, 2010, vol. 9, pp. 402-412.
8. Yuki N. Guillain – Barré syndrome and antiganglioside antibodies a clinician-scientist's journey. *Proc. Jpn. Acad. Ser. Phys. Biol. Sci.*, 2012, vol. 88, no. 7, pp. 299-326.

**ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

Городская клиническая больница № 1,  
672010, г. Чита, ул. Ленина, д. 8.  
Тел./факс: 8 (3022) 41-11-20.  
E-mail: gb1-chita@mail.ru

**Шишенков Дмитрий Николаевич**

врач анестезиолог-реаниматолог.

**Федоровцев Дмитрий Викторович**

врач анестезиолог-реаниматолог.

**Рослов Валентин Александрович**

врач анестезиолог-реаниматолог.

**Фомин Андрей Леонидович**

врач анестезиолог-реаниматолог.

**Мыльников Михаил Сергеевич**

заведующий отделением реанимации и интенсивной  
терапии.

**Чепцов Федор Романович**

главный врач.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская  
академия» МЗ РФ,  
672000, г. Чита, ул. Горького, д. 39а.  
Тел./факс: 8 (3022) 35-43-24.

**Зырянов Сергей Владимирович**

интерн кафедры анестезиологии, реанимации  
и интенсивной терапии.  
E-mail: zir-yn@mail.ru

**Шаповалов Константин Геннадьевич**

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой  
анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.  
E-mail: shkg26@mail.ru

**FOR CORRESPONDENCE:**

Municipal Clinical Hospital no. 1,  
8, Lenina St., Chita, 672010  
Phone/Fax: +7 (3022) 41-11-20.  
E-mail: gb1-chita@mail.ru

**Dmitry N. Shishenkov**

Anesthesiologist and Emergency Physician.

**Dmitry V. Fedorovtsev**

Anesthesiologist and Emergency Physician.

**Valentin A. Roslov**

Anesthesiologist and Emergency Physician.

**Andrey L. Fomin**

Anesthesiologist and Emergency Physician.

**Mikhail S. Mylnikov**

Head of Intensive  
Care Department.

**Fedor R. Cheptsov**

Chief Doctor.

Chita State Medical Academy,  
39a, Gorky St.,  
Chita, 672000  
Phone/Fax: +7 (3022) 35-43-24.

**Sergey V. Zyryanov**

Resident Doctor of Anesthesiology  
and Intensive Care Department.  
E-mail: zir-yn@mail.ru

**Konstantin G. Shapovalov**

Doctor of Medical Sciences,  
Head of Anesthesiology and Intensive Care Department.  
E-mail: shkg26@mail.ru