



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

Сергей Васильевич Гребенников:
«Молодые специалисты — это наша точка роста,
энергия, новые идеи и новые возможности»

№ 17
июнь 2022



Отделение медицинской реабилитации «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Стр. 32



Опыт лечения COVID-19 SARS COV-2 препаратом смеси иммуноглобулинов человека в дополнение к стандартной терапии

Стр. 10



Серия клинических случаев: применение регионарной анестезии у пациентов с врожденными сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы с болезнью моторных нейронов

Стр. 18



Клинический случай сквозного колото-резаного ранения глотки

Стр. 21



Особенности проведения первичной специализированной и периодической аккредитации специалистов со средним медицинским образованием в 2022 году

Стр. 42



20 направлений медицины

25 000
единиц
медтехники

1000
КЛИЕНТОВ
В ГОД

АО «МЕДТЕХНИКА» сотрудничает
с государственными
и коммерческими
медучреждениями
Красноярского края.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМАНДА СОТРУДНИКОВ

АО «МЕДТЕХНИКА» объединяет более 150 высококвалифицированных сотрудников со специальным медицинским и техническим образованием, группами допуска по электробезопасности, большим количеством сертификатов о повышении квалификации и прохождении учебных курсов на заводах-изготовителях.

СТАБИЛЬНОСТЬ — ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА

Предприятие основано в 1948 году. Стабильная и качественная работа на протяжении десятков лет обеспечивается наличием современной материально-технической базы. В распоряжении предприятия сложнейшие приборы и оборудование, позволяющие проводить точную диагностику, испытания медицинской аппаратуры.

ЦЕЛЬ ПРЕДПРИЯТИЯ

Миссия предприятия заключается в способствовании проведению глубокой модернизации здравоохранения и социальных служб Красноярского края при ощутимой экономии бюджетных средств.



СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР

АО «МЕДТЕХНИКА» предлагает клиентам специальные условия на получение сервисного обслуживания медицинского оборудования. В распоряжении предприятия:

- производственные помещения, соответствующие санитарным нормам;
- современное оборудование и измерительные приборы;
- актуализированный нормативно-технический фонд.

ВИДЫ РАБОТ СЕРВИСНОГО ЦЕНТРА:

- монтаж и пусконаладка оборудования;
- техническое обслуживание медтехники;
- проведение регулярных профилактических и ремонтных работ;
- контроль технического состояния медтехники;
- метрологическое обеспечение СИ и техники;
- измерения параметров электросетей, силового оборудования;
- испытание параметров рентген-оборудования;
- обучение навыкам работы с медтехникой;
- помощь в лицензировании частных клиник.

ОТ ПОСТАВКИ ДО УТИЛИЗАЦИИ

АО «МЕДТЕХНИКА» осуществляет полный комплекс услуг, связанный с поставками оборудования. Своими силами, без привлечения сторонних подрядных организаций, оперативно реагирует на обращения медицинских учреждений, решая задачи различной сложности по обслуживанию медицинской техники в кратчайшие сроки и с наивысшим качеством.

ПОСТАВКА ОБОРУДОВАНИЯ

Менеджеры АО «МЕДТЕХНИКА» подберут оптимальный вариант оснащения медицинского учреждения, учитывая все пожелания, задачи, сроки, бюджет заказчика. В каталоге предприятия представлено оборудование ведущих отечественных и мировых производителей медицинской техники. Основной принцип работы коллектива — построение и поддержание длительных отношений с клиентами.

г. Красноярск
ул. Кирова, 40
тел. +7 (391) 219-29-19
www.krasmt.ru



Содержание



КОРПОРАТИВНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ БСМП

АДРЕС РЕДАКЦИИ

660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17
тел. (391) 246-94-33,
<http://bsmp.sibmedport.ru>

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича».

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Главный врач:

Сергей Васильевич Гребенников
Специалист по связям с общественностью:
Ирина Витальевна Сидорова
тел. 8-913-533-19-65

ТЕЛЕФОНЫ:

Единый информационный центр больницы
(391) 205-27-22, ежедневно 08.00–20.00

ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «Реноме»
Генеральный директор
Светлана Юхименко

АДРЕС РЕДАКЦИИ/ИЗДАТЕЛЯ:

660077, г. Красноярск, ул. Молокова, 40-282
Телефоны: круглосуточный (391) 251-20-57,
e-mail: lana@idrenome.ru
www.idrenome.ru

Тираж 999 экз.
Июнь 2022 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет

Новости.....	6
Чему нас научила пандемия.....	8
Опыт лечения COVID-19 SARS COV-2.....	10
Тяжесть течения хронической обструктивной болезни легких.....	14
Определение pH крови как метод дифференциальной диагностики.....	17
Применение регионарной анестезии.....	18
Клинический случай сквозного колото-резаного ранения глотки....	21
Остановка ректального кровотечения при раке шейки матки.....	22
Эндоскопическая хирургия аденомы бронха	24
Нерассекаемая папилла	26
Ценностные ориентации врачей	28
Временные показатели проведения тромболитической терапии	30
Отделение медицинской реабилитации.....	32
Восстановление нарушенных или утраченных функций речи	36
Организация мобильных пунктов скорой медпомощи	38
Репродуктивный выбор	40
Аккредитация специалистов со средним медобразованием	42
Токсикологическому отделению КМКБСМП 40 лет.....	46
Слова благодарности	48

Редакторская коллегия



Главный редактор:

С. В. Гребенников,

главный врач
КГБУЗ
«КМКБСМП
им. Н. С. Карповича»

Уважаемые коллеги, от всей души рад встрече с вами в очередном выпуске корпоративного журнала «БСМП», выпуск которого по традиции приурочен ко Дню медицинского работника. Праздничный выпуск наполнен множеством полезной информации, которую специалисты нашей больницы, а также коллеги из других медицинских учреждений, презентуют в качестве успешного отраслевого опыта.

Приятно осознавать, что в период жесткого цейтнота в условиях пандемии наш коллектив не только профессионально вырос и окреп, но и сохранил стремление к профессиональному росту и развитию. В КМКБСМП им. Н. С. Карповича продолжают внедряться новые методики и технологии, усиливаются возможности и компетенции врачей, ведется научная и исследовательская работа, в том числе с участием в международных клинических исследованиях и разработках.

Особой гордостью нашего коллектива являются молодые кадры, которым создаются все необходимые условия для становления и роста в профессии.

От всей души поздравляю представителей медицинского сообщества Красноярска, а также городов и территорий Енисейской Сибири с профессиональным праздником. Важность труда врачей и медицинского персонала сложно переоценить, весомым подтверждением тому являются сложные вызовы современности.

Желаю коллегам и партнерам успешности в достижении общих и личных профессиональных целей.

Читайте журнал «БСМП», знакомьтесь с передовым отраслевым опытом. Уверен, что каждому из вас есть чем поделиться с коллегами. Ждем на страницах следующего номера!



Д. Э. Зdzитовецкий,

врач-хирург,
д. м. н., доцент



Т. А. Зими́на,

заместитель
главного врача
по работе с
сестринским
персоналом



М. В. Луценко,

заместитель
главного врача
по анестезиоло-
гии и реаниматоло-
гии



С. Г. Маслов,

заместитель
главного врача
по хирургии



С. И. Ростовцев,

врач анестези-
олог-реанима-
толог, д. м. н.,
доцент



Е. П. Тихонова,

врач-
инфекционист,
д. м. н.,
профессор



Л. В. Торопова,

заместитель
главного врача
по организаци-
онно-методиче-
ской работе



Н. В. Федюкович,

заместитель
главного врача
по медицинской
части



И. Г. Юрикова,

заместитель
главного врача
по экономиче-
ским вопросам



Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляю вас с Днем медицинского работника! Наш профессиональный праздник по праву можно считать всенародным, а белый халат — символом милосердия и высокого доверия. Мы стоим на страже главной ценности здоровья человека и первыми приходим на помощь, достаточно набрать номер скорой помощи.

Забота о здоровье россиян — это комплекс задач по развитию системы здравоохранения, решаемых как на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в целом, так и в процессе оказания индивидуальной медицинской помощи пациентам.

В Красноярском крае в рамках реализации целевых программ национального проекта «Здравоохранение» делается акцент на укрепление материально-технической базы медорганизаций, доступность и повышение качества медицинской помощи. Уделяется внимание раннему выявлению, предупреждению и профилактике заболеваний. Ведется профориентационная работа с молодежью.

Пользуясь случаем, в преддверии профессионального праздника выражаю искреннюю признательность и заслуженное уважение врачам, фельдшерам, медсестрам, младшему медицинскому персоналу — всем, кто посвятил себя медицине и для кого врачевание людей стало истинным призванием. Особо благодарю ветеранов, опыт которых помогает сохранить традиции и служит четким ориентиром для будущих поколений врачей. Желаю всем представителям медицинского сообщества здоровья, мира, добра и благополучия!

*С уважением,
Алексей Викторович Подкорытов,
заместитель председателя правительства Красноярского края*



Уважаемые врачи и медицинские сестры!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником!

В этом году медицинский университет отмечает 80-летие — прекрасный юбилей, к которому причастны большинство докторов Красноярского края — выпускников КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

День медицинского работника — наш общий любимый праздник, потому что alma mater помнит вас, видит ваш труд, гордится вами, дорогие коллеги и друзья.

Счастья вам, удачи, благодарных пациентов.

*С уважением,
Алексей Владимирович Протопопов,
ректор КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*



Уважаемые коллеги!

Примите самые теплые поздравления с нашим профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Здравоохранение — динамично развивающаяся отрасль, где от каждого работника требуется непрерывный личностный и профессиональный рост, владение современными технологиями, мобильность и оперативность. Реализация национального проекта «Здравоохранение» позволяет нам качественно повышать уровень своих профессиональных компетенций и оснащать медицинские организации в каждом населенном пункте Красноярского края. Но успешный результат работы зависит от каждого специалиста на местах — от нашей медицинской команды.

Сегодняшний праздник пронизан добром, уважением и благодарностью. Исцелять больных, возвращать здоровье, быть открытым новым достижениям науки для улучшения качества жизни и здоровья пациентов под силу не каждому!

Позвольте выразить вам благодарность за преданность своей профессии, требующей полной самоотдачи и высокой ответственности. Мы можем по праву гордиться прекрасными специалистами, настоящими профессионалами своего дела, которые выбрали непростой труд служения людям.

От всей души желаю вам здоровья и благополучия, мира и спокойствия в ваших домах, успехов в совершенствовании профессионального мастерства, удачи в достижении высоких и гуманных целей, оптимизма и уверенности в будущем!

С уважением,
Борис Маркович Немик,
министр здравоохранения Красноярского края



Дорогие коллеги!

От всей души поздравляю вас с профессиональным праздником — Днем медицинского работника! Медицинский труд бесценен, как и здоровье людей, которое зависит от нашего общего желания помогать. Желаю всем представителям отрасли, чтобы сбывались самые заветные мечты и желания. Пусть радость от успехов в любимом деле приносит не только заслуженное удовлетворение, но и окрыляет в достижении еще более высоких результатов. Пусть каждый рабочий день, будет существенным шагом в достижении профессионального олимпа. Мы же со своей стороны постараемся сделать все возможное, чтобы вся медицинская техника, имеющаяся в лечебных учреждениях Красноярского края, работала четко, согласно заявленным параметрам и стандартам. Специалисты АО «Медтехника» глубоко погружены в изучение возможностей отечественного и зарубежного рынков медицинского оборудования и готовы противостоять возможным вызовам в связи с жесткими санкциями, наложенными на нашу страну. Ситуация сложная не только в нашей отрасли, но все вопросы решаемы, главное — видеть цель. В нашем случае это здоровье и качество жизни россиян! Желаю всем нам крепости духа,

самообладания, оптимизма, уважения в медицинском сообществе, семейного счастья, тепла и благополучия, интересных открытий и новых впечатлений. Пусть пациенты с благодарностью относятся к нашему труду, а общий медицинский иммунитет будет крепок и устойчив в борьбе со всеми невзгодами и превратностями времени. С праздником!

С уважением,
Михаил Борисович Варава,
генеральный директор АО «Медтехника»

Новости

В КМКБСМП им. Н. С. Карповича проведена реконструкция и модернизация бактериологической лаборатории



После реконструкции и модернизации запущена в работу бактериологическая лаборатория. В рамках федеральной целевой программы при софинансировании краевого бюджета на эти цели было выделено более 100 млн рублей.

В ходе модернизации лаборатории закуплено современное оборудование, которое дает возможность ускорить процесс и точность исследований, что позволяет специалистам

отойти от так называемых рутинных методов. Были приобретены автоматическая средоварка и модуль для автоматического розлива питательных сред; масс-спектрометр, который применяется для идентификации микроорганизмов (бактерий, грибов), выделенных из биоматериала; анализатор, определяющий стерильность крови и других биологических жидкостей. Приобретены два анализатора, которые функционально дополняют

друг друга, их назначение — определить чувствительность у выделенных микроорганизмов к более чем 20 антибактериальным и восьми противогрибковым химиопрепаратам одновременно, а также выявить основные механизмы множественной резистентности у бактерий. Полученные данные позволяют врачам назначать пациентам адекватную и рациональную терапию, а эпидемиологам — контролировать циркуляцию микроорганизмов с множественной резистентностью.

После проведенной реконструкции и модернизации бактериологическая лаборатория БСМП входит в число лабораторий государственных учреждений здравоохранения города, имеющих самое современное оборудование. Получено санитарно-эпидемиологическое заключение для работы с микроорганизмами III–IV групп патогенности. На сегодня мощность лаборатории позволяет не только проводить исследования для пациентов стационара, а также оказывать внешние услуги для медицинских организаций города по территориальной программе государственных гарантий в режиме 24/7.

Возможности аппарата экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО)

ЭКМО является одним из современных методов интенсивной терапии критических состояний, который используется у пациентов с остро развившимися и потенциально обратимыми респираторной, сердечной или кардиореспираторной недостаточностью, не отвечающие на стандартную терапию. Аппарат протезирует жизненно важные функции организма, такие как дыхание и кровообращение, и дает возможность стабилизировать метаболизм у пациентов в критическом состоянии, что позволяет продолжать лечение до восстановления собственной функции сердца и легких.

Аппарат планируется применять в экстренных случаях, когда требуется снять острое состояние у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и дыхательной недостаточностью.

Оборудование для больницы было приобретено благодаря спонсорской помощи «РН-Ванкор».

Новое оборудование экспертного класса расширяет возможности врачей БСМП в реализации национального

проекта «Здравоохранение», что позволит специалистам оказывать экстренную медицинскую помощь на качественно высоком профессиональном уровне.



Курс для анестезиологов-реаниматологов по теме «Ультразвуковая навигация при обеспечении сосудистого доступа»



Программа курса была разработана врачами КМКБСМП, владеющими данной методикой, — анестезиологами-реаниматологами Олегом Корольковым и Никитой Пинчуком. Тема актуальна и имеет важную практическую ценность, так как установка центрального венозного катетера (ЦВК) является агрессивной манипуляцией и может быть сопряжена с рядом осложнений. Разработанная программа позволяет пополнить знания молодым специалистам и



расширить их практикующим врачам, получить навык выполнять манипуляцию под УЗ-контролем, а также использовать ультразвук для выявления осложнений, связанных с катетеризацией центральных вен.

По завершении обучения все курсанты получили сертификаты государственного образца, аккредитованного в системе НМО. Программа будет продолжена, в том числе для врачей из других больниц.

Два года работы в условиях пандемии

В марте 2020 года в больницу поступил первый больной новой коронавирусной инфекцией, и сразу же был развернут базовый инфекционный госпиталь. За два года коллектив преодолел 5 так называемых волн, когда число обращений в инфекционный госпиталь больных с COVID-19 достигало до 300 человек в сутки. В больнице в пиковый период, включая организованные госпитали долечивания, число развернутых «инфекционных» коек составляло 800. Увеличилось число реанимационных коек, вместо палат реанимации и интенсивной терапии в инфекционном корпусе развернуто реанимационное отделение № 6.



Лечение варикозного расширения вен методом лазерной коагуляции в КМКБСМП

Метод лазерной коагуляции при лечении варикозного расширения вен в отличие от обычных методов сегодня считается одной из самых малотравматичных процедур, которая хорошо переносится пациентами и редко сопровождается какими-либо осложнениями.

Облитерация варикозных вен проводится при помощи лазерного излучения. Через прокол внутрь пораженного сосуда вводится лазерный световод, излучение нагревает окружающие ткани, в результате чего внутренние стенки вены слипаются и кровоток в ней полностью прекращается. В процедуре задействован метод ультразвукового дуплексного сканирования, что позволяет хирургам максимально точно выполнить манипуляцию. Операция проводится под местной анестезией. Лечение проводится в условиях дневного стационара, не требует госпитализации пациента. Показания к проведению лазерной коагуляции вен нижних конечностей определяет хирург.

За период работы в пандемии в инфекционном госпитале БСМП зарегистрировано около 48 тысяч обращений; из них были госпитализированы почти 24 тысячи больных, другой части обратившихся проведены необходимые обследования и оказана амбулаторная помощь. Пациентам с коронавирусной инфекцией, нуждающимся в оперативном лечении, было проведено 2117 операций. Врачи отмечают, что подавляющее число госпитализированных в стационар с коронавирусной инфекцией — это непривитые пациенты.



Проектирование и комплексное оснащение медицинских учреждений

- приборы и реагенты для КДЛ
- мобильные цифровые рентгеновские комплексы
- оборудование для функциональной диагностики

660079, Красноярск, пр. им. газеты «Красноярский рабочий», 199, оф. 116
т.: (391) 297-02-96, 285-78-98, e-mail: orbitalkras@gmail.com, orbital24.ru



Чему нас научила пандемия?

Е. П. Тихонова, ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ; С. В. Гребенников, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича».



Елена Петровна Тихонова,
главный внештатный инфекционист
Красноярского края, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО,
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Странам, принявшим на себя первый удар пандемии, всегда сложнее — элемент внезапности может сыграть отрицательную роль в случае несогласованных / неполных первых ответных действий. С подобной проблемой столкнулся Китай, стране не удалось избежать ошибок, допущенных в первые дни распространения COVID-19, в числе которых несоблюдение должного инфекционного контроля, отсутствие надлежащей сортировки и изоляции пациентов, инфицирование медработников. Жесткие ограничительные меры, введенные в январе 2020 года, помогли не только локализовать процесс, но и в дальнейшем практически полностью победить болезнь.

Представители власти и медицинского сообщества России, столкнувшись с угрозой распространения коронавирусной инфекции, используя опыт Китая, практически одновременно ввели во всех регионах страны ограничительные и профилактические меры безопасности. В их числе ранняя разработка и валидация тест-систем, ранний санитарно-карантинный

■ ПАНДЕМИЯ COVID-19 ЗАДАЛА НОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ВЫСТРАИВАНИЯ МИРОПОРЯДКА, ВЫДВИНУВ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ И ОПРЕДЕЛИВ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ РЕЙТИНГА ГОСУДАРСТВА СПОСОБНОСТЬ ПРОТИВОСТОЯТЬ ПАНДЕМИИ.

контроль и организация противоэпидемических мероприятий, масштабное тестирование приезжающих из-за рубежа, контактных, заблаговременное проведение перепрофилизации ЛПУ, развертывание дополнительных коек, наращивание кадрового потенциала, а также раннее начало разработки вакцин. Первая в мире вакцина от COVID-19, зарегистрированная 20.08.20, была российского производства, а 20.02.21 наша страна имела уже 3 вакцины.

Детальный анализ сценария борьбы с пандемией на каждом ее этапе в разных государствах с разным уровнем экономики, развития медицины и социальной позиции граждан необходим для разработки будущих планов по подготовке и ответным действиям в случае развития новых внешних угроз.

Урок 1. Совершенствование планов подготовки к пандемиям, вызванных респираторными вирусами с пандемическим потенциалом, и алгоритмов их реализации должны идти по пути:

— разработки разных сценариев развития ситуации и адаптированных под них калькуляторов расчета потребностей;

— четкого и оперативного взаимодействия всех ключевых ведомств / структур как по горизонтали, так и по вертикали;

— недопущение завоза и распространения вируса-родоначальника пандемии и его новых геновариантов;

— обеспечения резервного коечного фонда / коек двойного назначения с соответствующими системами биобезопасности с возможностью оперативной перепрофилизации;

— наращивания кадрового потенциала (увеличение часов по специальности «инфекционные болезни» при подготовке терапевтов, ВОП и других специалистов, а также в рамках непрерывного образования);

— создания и / или поддержания резервной мощности платформ для производства СИЗ, лекарственных средств, тест-систем, обеспечение неснижаемых запасов СИЗ, лек. средств;

— разработки прототипов вакцин, лекарственных препаратов против инфекционных патогенов с пандемическим потенциалом;

— поддержания и развития социальной мобилизации населения, в том числе через СМИ, образовательные учреждения, общественные организации;

Таблица 1. Сравнительное число заболевших в разных странах мира

Страны	Число заболевших на 100 000 жителей всего	Максимум заболевших на пике волны омикрона на 100 000 жителей
США	24 204	270,6
Швеция	24 068	528,1
Италия	21 538	379,2
Россия	11 546	139,5
Китай	7,7	330



— максимального сохранения объемов оказания плановой помощи и плановой вакцинации.

В эпоху пандемии также была обозначена проблема антибиотикорезистентности в результате необоснованного назначения антибиотиков медработниками на амбулаторном этапе (вплоть до карбапенемов), а также неконтролируемое самолечение антибиотиками и стероидами на дому с первых дней болезни самими пациентами.

В динамике пандемии COVID-19 отмечалось увеличение числа резистентной условно патогенной флоры к используемым антибиотикам, рост числа мультирезистентных штаммов.

Необоснованное и нерациональное назначение антибиотиков, массивная иммуносупрессивная терапия, несоблюдение противоэпидемического режима, направленного на предотвращение распространения возбудителей ИСМП в ЛПУ, способствует росту антимикробной резистентности микроорганизмов, увеличению числа полирезистентных штаммов, оказывая отрицательное влияние на течение пневмоний.

Существование «красных зон» способствовало защите персонала и предотвращению распространения COVID-19 за пределами COVID-стационара, но само по себе не всегда вело к защите пациентов от ИСМП бактериальной и грибковой этиологии внутри «красных зон».

Урок 2. Необходимо укрепление команд госпитальных эпидемиологов в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ):

— включение в образовательный процесс при подготовке среднего медперсонала и врачей всех специальностей, а также в процесс НПО

дополнительных часов по госпитальной эпидемиологии, а также рациональной антибиотикотерапии;

— принятие управленческих решений и постоянный контроль за их неукоснительным соблюдением для предотвращения дальнейшего прогрессирования антимикробной резистентности и возникновения ИСМП;

— назначение ряда патогенетических препаратов (в особенности иммуномодулирующей направленности) в более ранние или, наоборот, более поздние сроки может не принести ожидаемого эффекта и даже оказать отрицательный результат на течение заболевания (в особенности в повышенных дозировках). COVID-19 не исключение;

— соблюдение сроков начала применения, длительности применения этиотропных и патогенетических препаратов;

— принимая решение, помнить, что повышение маркеров воспаления, в том числе IL-6 и D-димера, не всегда является показателем тяжести заболевания COVID-19, так как может быть существенно выше нормы при

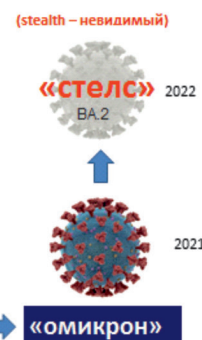
целом ряде заболеваний / патологических состояний.

Урок 3. Какие бы ни были выверенные стандарты и алгоритмы диагностики и терапии, без четкого понимания необходимости и целесообразности того или иного медицинского назначения в определенный период течения инфекционного процесса достичь успеха в лечении больного достаточно сложно!

— для достижения успеха нужны хорошо подготовленные медицинские кадры, профессионализм которых подкреплен отраслевыми знаниями, преемственностью профессионального опыта и мышления;

— острые респираторные вирусные инфекции многолики, несмотря на схожесть клинических симптомов. Что и показал COVID-19!

Медицинский опыт страны, полученный в борьбе с пандемией по распространению новой коронавирусной инфекции, бесценен как с точки зрения извлечения исторических и профессиональных уроков, так и дальнейшего развития медицинской науки и практики. ■



Опыт лечения COVID-19 SARS-COV-2 препаратом смеси иммуноглобулинов человека в дополнение к стандартной терапии

М. Л. Россовская, С. А. Варыгина, Е. А. Дельвер, В. И. Черных, Н. В. Федюкович, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»;
Е. П. Тихонова, ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ



Мария Львовна Россовская,
заведующая нефрологическим отделением
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Тримодулин представляет собой полученные из плазмы нативные поливалентные антитела, предназначенные для внутривенного введения.

Ранее использовались препараты иммуноглобулинов, которые содержали только иммуноглобулины класса G, а оригинальный препарат Тримодулин содержит также иммуноглобулин класса IgM (~23 %) и класса IgA (~21 %) в дополнение

■ **КОВИДНЫЙ ГОСПИТАЛЬ КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА» ПРИНИМАЛ УЧАСТИЕ В РАНДОМИЗИРОВАННОМ, ПЛАЦЕБОКОНТРОЛИРУЕМОМ, ДВОЙНОМ СЛЕПОМ, МУЛЬТИЦЕНТРОВОМ, ФАЗЫ II КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА ТРИМОДУЛИН (BT588) В КАЧЕСТВЕ ДОБАВЛЕНИЯ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (ESSCOVID). ESSCOVID – МНОГОЦЕНТРОВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (NCT04576728), ПРОВОДИВШЕЕСЯ В 16 КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ В БРАЗИЛИИ, ФРАНЦИИ, ИСПАНИИ И РОССИИ. В НАШЕЙ СТРАНЕ В ИССЛЕДОВАНИИ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ 7 МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ.**

к иммуноглобулину класса IgG (~56 %) (Duerr et al. Crit Care 2011; Shmygalev et al. Acta Anaesthesiol Scand 2016; Welte et al. Intensive Care Med 2018).

Поливалентный иммуноглобулин IgM оказывает иммуномодулирующее действие на уровне комплемента (Schmidt et al. Biomedicines 2021; Rieben et al. Blood 1999; Roos et al. Xenotransplantation 2003), оба иммуноглобулина IgM и IgA регулируют образование цитокинов (Duerr et al. Innate Immun 2019; Bohländer et al. Front Immunol 2021; Bohländer et al. Biomedicines 2021), IgM играет роль в элиминации поврежденных клеток

(Notley et al. J Immunol 2011; Kaveri et al. J Immunol 2012; Obermayer et al. Blood 2021).

Ранее была показана клиническая эффективность тримодулина в лечении тяжелых пневмоний с высоким уровнем. С реактивного белка (Welte et al. Intensive Care Med 2018; Torres et al. TBC 2022). Исходя из этого предполагалось, что применение тримодулина может предотвратить прогрессирование воспалительных реакций при тяжелом течении COVID-19 и снизить потребность в применении механической вентиляции легких и интенсивной терапии.





Дизайн исследования ESsCOVID (Escape from severe COVID-19) был разработан для оценки эффективности и безопасности тримодулина по сравнению с плацебо при добавлении к стандартной терапии у больных, госпитализированных по поводу тяжелой инфекции COVID-19.

Всего в мире исследование было включено 164 пациента, по 82 пациента в группу тримодулина и плацебо, включение проводилось 1:1.

В нашем центре в исследование включено 15 пациентов, среди которых было 6 мужчин и 9 женщин в возрасте от 42 до 78 лет, госпитализированных в инфекционный госпиталь БСМП с инфекцией COVID-19 тяжелого течения.

Все пациенты имели положительный тест ПЦР тест на COVID-19, полученный в течение 5 дней до включения в исследование; давность заболевания не превышала 10 дней у всех пациентов согласно критериям включения. Данные пациенты находились на высокопоточной кислородной терапии 15 л/мин либо получали неинвазивную вентиляцию легких. Согласно 9-балльной шкале оценки тяжести состояния (5 баллов — госпитализированный пациент, 8 — баллов смерти), наши пациенты оценивались на 5-7 баллов, то есть относились к категории тяжелых больных. Также согласно критериям включения в исследование

все пациенты имели по меньшей мере одно из клинических проявлений дыхательной недостаточности (одышку с частотой дыханий более 30 в мин, $SpO_2 \leq 93\%$, PaO_2/FiO_2 100–300 mmHg) в течение 24 ч до включения в исследование; а также уровень С-реактивного белка более 50 мг/л в течение 36 ч до включения в исследование.

Все пациенты получали стандартную терапию COVID-19 согласно временным рекомендациям МЗ РФ по лечению COVID-19 (включая противовирусные препараты, глюкокортикостероиды, блокаторы интерлейкинов, антикоагулянты и антибиотики).

■ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛечЕННЫХ ТРИМОДУЛИНОМ / ПЛАЦЕБО В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ESSCOVID

Больная К., 64 года, обратилась в приемный покой инфекционного госпиталя БСМП 23.04.2021. Из анамнеза: считает себя больной с 16.04.21, когда появились жалобы на слабость, высокую температуру тела до $39^\circ C$, одышку, кашель. На этапе приемного покоя рентгенологически у больной — двусторонняя полисегментарная пневмония, вероятно вирусной этиологии. Амбулаторно получала амоксициллин, нобазит, АЦЦ, парацетамол.

У больной диагностирована новая коронавирусная инфекция, подтвержденная положительным тестом ПЦР SARS-CoV-2 от 21.04.2021, тяжелое течение. Осложнение: двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. КТ-2 (40 %). Острая дыхательная недостаточность 2-й степени. Острый респираторный дистресс-синдром 1-й степени. Синдром эндогенной интоксикации. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь II, риск III.

На КТ органов грудной клетки № 1 от 24.04.2021 на момент поступления по всем отделам нижних долей и в задних отделах верхних долей обоих легких определялись участки матового стекла с тенденцией к консолидации с преимущественным поражением правого легкого. Примерный объем выявленных изменений в легких: КТ-2 — 40 %.

Пациентке начата и проводилась терапия согласно текущим временным методическим рекомендациям по лечению больных COVID-19. Она получала дексаметазон 16 мг/сутки, фавипиравир, цефтриаксон, дальтепарин, олокизумаб.

Через 4 дня от момента поступления в стационар у пациентки наблюдалась отрицательная клиническая и рентгенологическая динамика. На контрольной серии компьютерных



томограмм по всем полям обеих легких определялось снижение пневматизации за счет инфильтрации по типу «матового стекла» с признаками консолидации. Объем поражения 85-90 %. Пройодимость трахеи, главных и долеых бронхов сохранена. Средостение структурно, не смещено. Жидкости в плевральной полости не определялось. Примерный объем выявленных изменений в легких: КТ-4.

Клинически у больной тяжелая дыхательная недостаточность, падение сатурации кислорода до 82 %. Пациентка была переведена в реанимационное отделение, где начата искусственная неинвазивная вентиляция легких. 28.04.2022 с пациенткой обсуждена возможность ее терапии по программе клинического исследования. Она подписала информированное согласие участника клинического исследования. В течение трех последующих дней, дополнительно к основной терапии, пациентка получала препарат исследования тримодулин / плацебо 1 раз в сутки в виде внутривенной капельной инфузии через инфузомат в течение 12 ч. В общей сложности проведено 3 инфузии препарата. Согласно протоколу планировалось 5 инфузий в течение 5 дней, однако отмечался рост печеночных трансаминаз в 4 раза без каких-либо клинических печеночных симптомов. В связи с этим согласно требованиям протокола тримодулин / плацебо был отменен.

На фоне лечения отмечалось клиническое и рентгенологическое улучшение в состоянии пациентки. На третьи сутки дополнительной терапии тримодулином / плацебо уменьшилась дыхательная недостаточность: уменьшилась одышка, прекращена искусственная вентиляция легких; продолжена кислородотерапия 15 л/мин; нормализовалась температура тела. На пятые сутки от начала дополнительной терапии тримодулином больная

переведена из отделения реанимации в профильное отделение.

При динамическом контроле КТ грудной клетки через 10 дней 7 мая 2021 года отмечалось уменьшение объема инфильтрации легочной ткани в 2 раза. Объем поражения легких уменьшился с 90 % до 45 %. Через месяц от момента поступления пациентка выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

Пациентка А., 74 года, поступила в инфекционный госпиталь в экстренном порядке с диагнозом: инфекция COVID-19 SARS-2 тяжелой степени тяжести, осложненная двусторонней вирусной пневмонией КТ-3 (55-60 %) тяжелой степени тяжести. Острая дыхательная недостаточность.

Из сопутствующей патологии у больной имелись в анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа; пациентка страдала ожирением с ИМТ 39,4;

Получала стартовое лечение: высокопоточная кислородотерапия 10 л/мин, имипенем + моксифлоксацин, фавипиравир, дексаметазон 20 мг в/в, фраксипарин, амброксол, гипотензивные, инсулины. В первые сутки от поступления введен олокизумаб — ингибитор интерлейкина-6.

На фоне проводимой терапии состояние оставалось тяжелым. Сохранялась дыхательная недостаточность: снижение сатурации кислорода до 86 % без кислородной терапии; высокая острофазовая активность — С-реактивный белок — 114 с нарастанием до 120 (при норме до 5); появился рост числа лейкоцитов с 5,5 тыс. до 51 тыс; высокий уровень преципина — 1735 ммоль/л.

Появилась полиорганная недостаточность с острым почечным повреждением, креатинин вырос от 143 до 237 ммоль/л, уровень мочевины вырос от 16 до 35 ммоль/л.

Появилась и нарастала гемо-

литическая анемия с положительной пробой Кумбса 2+.

Д-димер вырос с 337 до 14048 нг/л.

Таким образом, пациентка, несмотря на проводимую в полном объеме, согласно существующим рекомендациям, терапию оставалась в очень тяжелом состоянии. COVID-19 осложнился сепсисом, полиорганной недостаточностью (дыхательной, почечной), синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Пациентке предложено лечение по схеме клинического исследования в дополнение ко всей остальной проводимой терапии. Начато введение препарата тримодулин / плацебо. Проведен полный курс из 5 внутривенных инфузий в течение 12 ч в течение 5 последовательных дней. В результате уже на вторые сутки лечения наметилась положительная клиническая и лабораторная динамика. Температура тела нормализовалась, потребность в высокопоточной кислородной терапии сохранялась на уровне 15 л/мин, однако уменьшилась одышка, пациентка стала активнее. Уменьшилась острофазовая активность, разрешилась почечная недостаточность, снизился Д-димер, нормализовался уровень гемоглобина. Вот результаты лабораторного обследования пациентки на пятые сутки инфузии тримодулина / плацебо:

лейкоцитоз купировался (к выписке лейкоциты 3,6, нейтрофилы 66 %);

Д-димер — снизился до 251 нг/л. Нормализовались азотемические показатели: мочевины 9, креатинин 93. СРБ снизился до 0. Гемоглобин 110 г/л, проба Кумбса отрицательная;

ЛДГ 726=> 617. Кровь на стерильность — отрицательно.

На 24-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение без дыхательной недостаточности. По КТ объем поражения легких уменьшился с 60 % до 30 %.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Итоги исследования еще находятся в стадии обработки. Опубликованы



Рисунок 1.

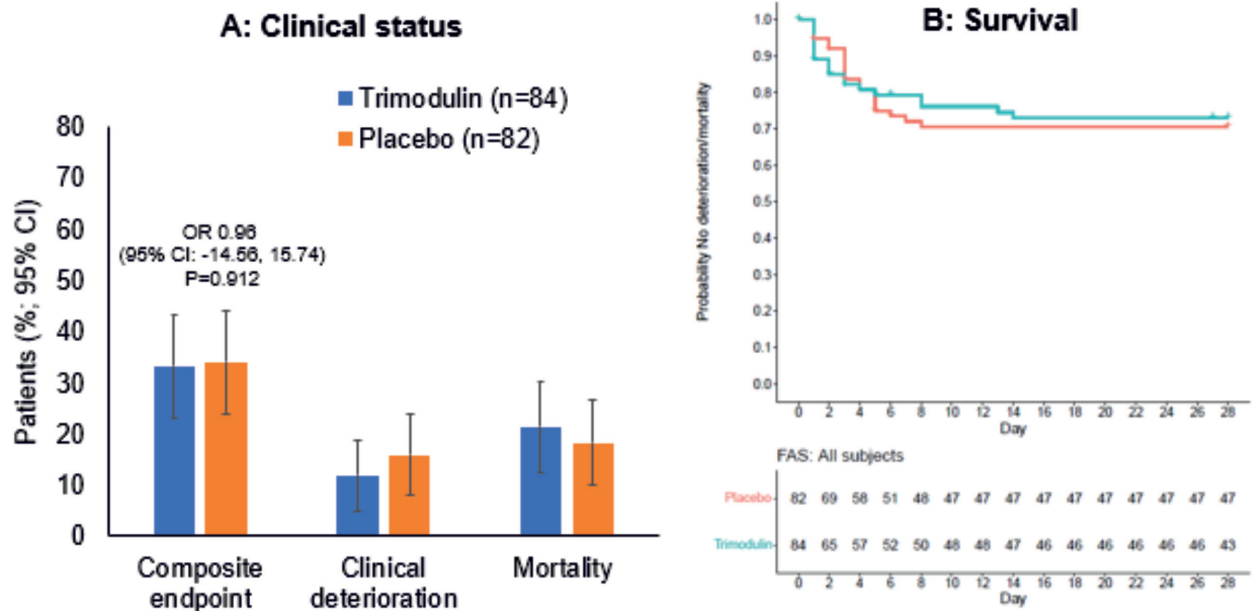
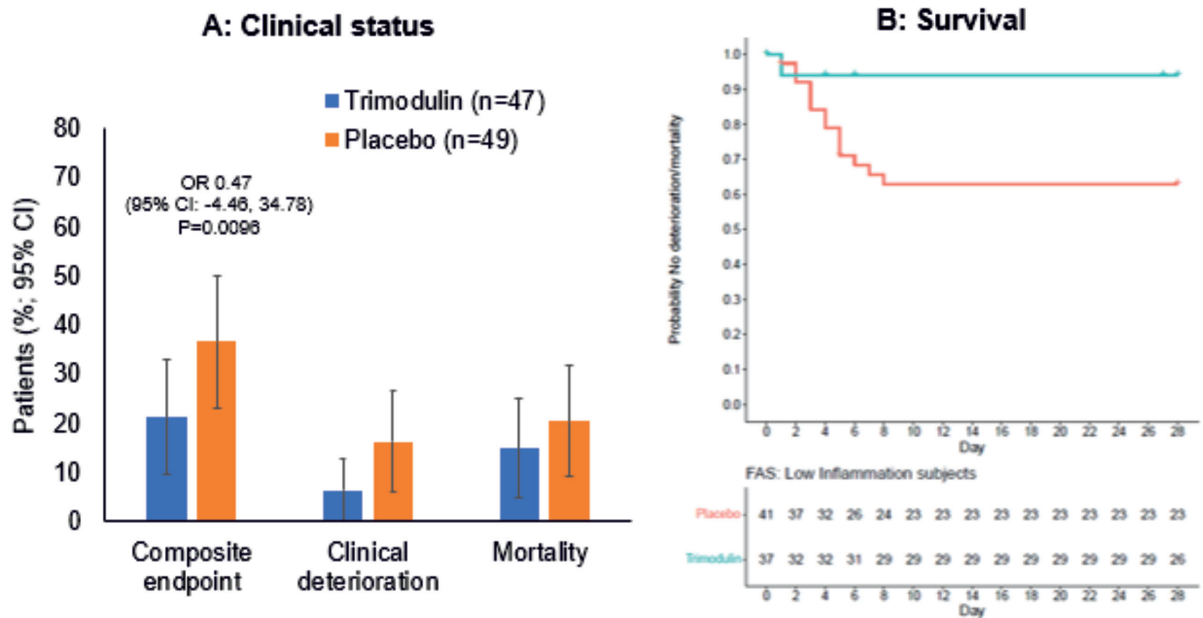


Рисунок 2.



промежуточные результаты анализа базы данных. При исследовании препарата тримодулин (смесь иммуноглобулинов) в исследовании ESsCOVID не была достигнута ожидаемая конечная точка клинического исследования (рис. 1).

Однако при выделении когорты, состоящей из наиболее тяжелых 96 пациентов, получены результаты, показывающие явную клиническую пользу при применении тримодулина. В подгруппе наиболее тяжелых пациентов

тримодулин снижал вероятность летального исхода и клинического ухудшения состояния пациента по сравнению с плацебо (рис. 2).

■ ВЫВОДЫ:

1. Участие ковидного госпиталя КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» в международном клиническом исследовании по эффективности тримодулина позволило дополнительно увеличить шансы наших наиболее тяжелых пациентов с COVID-19 на

выздоровление. Все 15 пациентов с пневмонией с поражением легких более 50 %, по данным компьютерной томографии легких на высокочастотной кислородотерапии, участвовавшие в исследовании, выздоровели.

2. КМКБСМП им. Н. С. Карповича применяет новые передовые медицинские препараты в лечении COVID-19.

3. КМКБСМП им. Н. С. Карповича более 10 лет является одним из центров международных клинических исследований. ■

Влияние тяжести течения хронической обструктивной болезни легких в условиях коморбидности на уровень депрессивных расстройств

Е. В. Козлов, Л. К. Орлова, В. О. Бочкарева, И. А. Обухова, Л. А. Буторова, И. А. Великова, Г. В. Новикова, Т. В. Бургарт, Ю. А. Семенихина, М. В. Новохацкая, И. А. Лапуренко, О. М. Чернова, О. В. Кушнир



Евгений Вячеславович Козлов,
заведующий пульмонологическим
отделением КГБУЗ «МКБСМП
им. Н. С. Карповича»

■ ВВЕДЕНИЕ

ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, которая приводит к весьма существенному экономическому и социальному ущербу [12, 13]. При этом клиническое течение ХОБЛ и связанные с ней лечебно-профилактические мероприятия в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых протекает данная патология [6].

В настоящее время отмечается неуклонный рост числа пациентов с коморбидной патологией [5, 6]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сочетание бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологии представляет одно из самых частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней [6]. По имеющимся данным, частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных ХОБЛ составляет более 50 %, в то время как в группе пациентов, не страдающих ХОБЛ, ССЗ регистрируются в два раза реже [6].

Аффективные расстройства становятся все более распространенными среди населения земного шара

■ ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩЕЙ ПРОБЛЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРАЯ ЗАТРАГИВАЕТ БОЛЕЕ 210 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК ПО ВСЕМУ МИРУ [12].

[3, 9]. Значительный объем полученных ранее данных указывает на то, что депрессивные состояния являются не только независимым фактором риска развития ССЗ [1, 4, 7] и предиктором высокой сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин [9], а также является распространенной коморбидностью у больных с ХОБЛ [8, 13]. Согласно имеющимся данным показатели распространенности депрессии среди больных ХОБЛ варьируют от 16 % до 88 % [2], а поскольку наличие депрессии может негативно повлиять на исходы, связанные с ХОБЛ, для практикующих врачей имеет важное значение своевременная диагностика и лечение связанных с ХОБЛ сопутствующих заболеваний, включая аффективные расстройства.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние тяжести течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в условиях коморбидности с артериальной гипертензией (АГ) на уровень депрессивных расстройств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 92 пациента мужского пола с ХОБЛ. Из них пациентов с ХОБЛ без АГ — 29 человек (средний возраст 59,0 [52,0; 69,0] лет), пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ — 63 человека (средний возраст 64,0 [58,0; 70,0] лет). Группу сравнения составили 44 пациента с АГ без ХОБЛ (средний возраст 60,0 [58,0-64,5] лет).

Исследование осуществлялось в соответствии с этическими принципами медицинских исследований

с привлечением человека в качестве их субъекта Хельсинской декларации (Declaration of Helsinki) Всемирной медицинской ассоциации (ВМА). Все участвующие в обследовании пациенты давали письменное информированное согласие.

Верификацию диагноза ХОБЛ и оценку степени тяжести проводили в соответствии с критериями GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [23].

Верификацию АГ проводили согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (РКО, 2020).

Для выявления депрессивных расстройств использовалась шкала CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, 1977), состоящая из 20 пунктов, измеряющих депрессивные нарушения, отмечающиеся у обследуемых за последние семь дней [22].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 6.0. При проверке нулевой гипотезы критический уровень статистической значимости принимали при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении исследования установлено, что среди мужчин с ХОБЛ медианы усредненного балла депрессии по шкале CES-D составили 17 [7; 29] баллов у обследованных мужчин без АГ и 21 [12; 31] балл ($U=713$; $Z=-1,7$; $p=0,093$) среди мужчин с АГ соответственно. В группе сравнения аналогичный показатель составил 9,5 [5,5; 14] балла, что было значимо меньше в сравнении с усредненным баллом

у лиц с ХОБЛ, как без АГ ($U = 441,5$; $Z = 2,2$; $p = 0,027$), так и при коморбидности с АГ ($U = 599,5$; $Z = 4,9$; $p = 0,001$).

Изучение индивидуальной выраженности депрессивных расстройств среди обследованных мужчин с ХОБЛ показало, что повышенные уровни депрессии в целом выявлены у 48,3 % обследуемых мужчин без АГ (рис. 1). У 20,7 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 6,9 % отмечалась депрессия средней степени тяжести и у 20,7 % обследованных определялась тяжелая депрессия по шкале CES-D (рис. 1).

Среди мужчин с ХОБЛ в сочетании АГ симптомы депрессии отмечались у 61,9 % обследованных, при этом у 31,7 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 4,8 % отмечалась депрессия средней степени тяжести и у 25,4 % обследованных определялась тяжелая депрессия по шкале CES-D (рис. 1).

В группе сравнения повышенные уровни депрессии в целом выявлены у 20,5 % обследуемых. У 18,2 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 2,3 % обследованных определялась тяжелая депрессия. Лиц, имеющих депрессию средней степени тяжести по шкале CES-D не выявлено (рис. 1).

Следует отметить, что среди пациентов группы сравнения значительно чаще встречались лица, имеющие нормальные показатели по шкале CES-D: 79,5 % vs 51,7 % ($\chi^2 = 6,27$, $df = 1$, $p = 0,012$) — в сравнении с ХОБЛ без АГ и 79,5 % vs 38,1 % ($\chi^2 = 18,0$, $df = 1$, $p = 0,001$) — в сравнении с ХОБЛ с АГ соответственно. У мужчин с ХОБЛ обеих групп значительно чаще встречались лица с показателями депрессии, соответствующими тяжелой степени по шкале CES-D (рис. 1) в отличие от пациентов без ХОБЛ: 20,7 % vs 2,3 % ($\chi^2 = 6,84$, $df = 1$, $p = 0,009$) — у лиц



без АГ и 25,4 % vs 2,3 % ($\chi^2 = 10,4$, $df = 1$, $p = 0,001$) — у лиц с АГ соответственно.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что мужчины с ХОБЛ в условиях коморбидности с АГ характеризуются статистически значимо более высокими значениями усредненного балла депрессии по шкале CES-D (21 балл) в сравнении с пациентами, имеющими ХОБЛ без АГ (17 баллов), а также с пациентами группы сравнения (9,5 баллов). В этой группе обследованных также значительно чаще встречаются лица, имеющие показатели депрессии, соответствующие тяжелой степени по шкале CES-D (25,4 %), и реже лица, не имеющие депрессивных расстройств (38,1 %).

Полученные результаты о частоте депрессивных расстройств среди больных ХОБЛ в условиях коморбидности с АГ согласуются с данными проведенных ранее исследований [5]. Так, по данным Е. В. Кочетовой (2020), у 34,15 % обследованных больных ХОБЛ с гипертонической болезнью имела место выраженная и тяжелая депрессия по шкале Бека (Beck

Depression Inventory BDI) [5]. Согласно результатам двух исследований, проведенных в Японии, частота депрессии у больных ХОБЛ с использованием шкалы CES-D составила от 29,8 % до 48,6 % [19].

Сравнительный анализ усредненного балла депрессии по шкале CES-D в зависимости от степени тяжести ХОБЛ показал, что среди мужчин с ХОБЛ медианы усредненного балла депрессии составили — 9 [4; 14] баллов у обследованных с ХОБЛ II ст., 19 [11; 26] баллов ($U = 713$; $Z = -1,7$; $p = 0,093$) среди обследованных с ХОБЛ III ст. и 29 [19; 36] баллов у обследованных с ХОБЛ IV ст. соответственно. При этом показатели усредненного балла депрессии были статистически значимо выше у лиц с ХОБЛ IV ст., в сравнении с ХОБЛ II ст. ($U = 71,0$; $Z = -5,3$; $p = 0,001$) и ХОБЛ III ст. ($U = 330,5$; $Z = -3,2$; $p = 0,001$) соответственно.

Проведено изучение индивидуальной выраженности депрессивных расстройств среди обследованных мужчин в зависимости от степени тяжести ХОБЛ (рис. 2). Установлено, что повышенные уровни депрессии в целом выявлены у 17,4 % обследуемых

Рис. 1. Частота депрессии по шкале CES-D у обследуемых мужчин

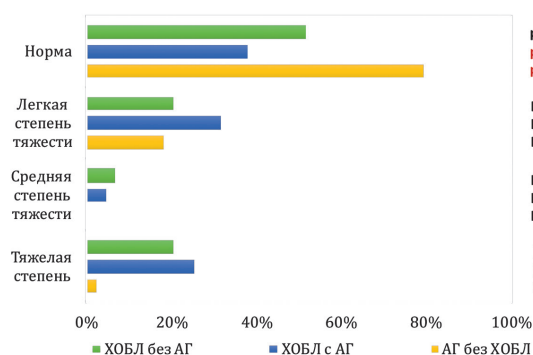
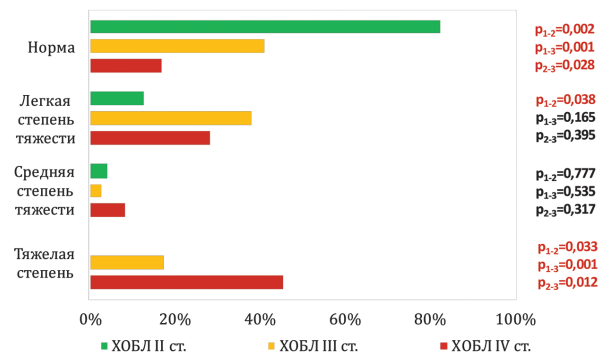


Рис. 2. Частота депрессии по шкале CES-D в зависимости от тяжести ХОБЛ



мужчин с ХОБЛ II ст. у 13,0 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 4,3 % отмечалась депрессия средней степени тяжести. Лиц, имеющих депрессию тяжелой степени по шкале CES-D, в этой группе не выявлено (рис. 2).

Среди мужчин с ХОБЛ III ст. симптомы депрессии отмечались у 58,2 % обследованных, при этом у 38,2 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 2,9 % отмечалась депрессия средней степени тяжести и у 17,6 % обследованных определялась тяжелая депрессия по шкале CES-D (рис. 2).

В группе мужчин с ХОБЛ IV ст. повышенные уровни депрессии в целом выявлены у 82,9 % обследованных. У 28,62 % обследованных мужчин этой группы депрессивные расстройства имели легкую степень, у 8,6 % отмечалась депрессия средней степени тяжести и у 45,7 % обследованных определялась тяжелая депрессия по шкале CES-D (рис. 2).

Следует отметить, что среди пациентов с ХОБЛ II ст. значимо чаще встречались лица, имеющие нормальные показатели по шкале CES-D: 82,6 % vs 41,2 % ($\chi^2 = 9,66$, $df = 1$, $p = 0,002$) — в сравнении с ХОБЛ III ст. и 82,6 % vs 17,1 % ($\chi^2 = 24,3$, $df = 1$, $p = 0,001$) — в сравнении с ХОБЛ IV ст. соответственно.

У мужчин с ХОБЛ IV ст. значимо чаще встречались лица с показателями депрессии, соответствующими тяжелой степени по шкале CES-D (рис. 2) в отличие от пациентов с ХОБЛ II ст. — 20,7 % vs 2,3 % ($\chi^2 = 14,6$, $df = 1$, $p = 0,001$) и с ХОБЛ III ст. — 25,4 % vs 2,3 % ($\chi^2 = 6,26$, $df = 1$, $p = 0,012$) соответственно.

Резюмируя вышеизложенное следует отметить, что мужчины с ХОБЛ IV ст. характеризуются статистически значимо более высокими значениями усредненного балла депрессии по шкале CES-D (29 баллов), в сравнении с пациентами, имеющими ХОБЛ III ст. (19 баллов) и пациентами ХОБЛ II ст. (9 баллов) соответственно. В этой группе обследованных также значимо чаще встречаются лица, имеющие показатели депрессии, соответствующие тяжелой степени по шкале CES-D (45,7 %) и реже лица, не имеющие депрессивных расстройств (17,1 %).

Полученные результаты о частоте депрессивных расстройств среди больных ХОБЛ в зависимости от ее степени тяжести согласуются с данными проведенных ранее исследований [3,18]. Так, в исследовании Hayashi Y. с соавт. (2011) показано, что распространенность депрессивных симптомов увеличивалась пропорционально степени тяжести ХОБЛ [18]. Согласно результатам Е.В. Кочетовой (2020), среди больных с ХОБЛ 4-й степени тяжести чаще диагностировалась

выраженная (42,9 %) и тяжелая (28,6 %) депрессия [3].

Таким образом, полученные нами данные продемонстрировали высокий уровень депрессивных расстройств у больных ХОБЛ, особенно у лиц при коморбидности с АГ, и положительную связь между выраженностью депрессии и степенью тяжести заболевания.

■ ВЫВОДЫ

Мужчины с ХОБЛ в условиях коморбидности с АГ характеризуются статистически значимо более высокими значениями усредненного балла депрессии по шкале CES-D в сравнении с пациентами, имеющими ХОБЛ без АГ, а также с пациентами группы сравнения. В этой группе обследованных также значимо чаще встречаются лица, имеющие показатели депрессии, соответствующие тяжелой степени по шкале CES-D (25,4 %) и реже лица, не имеющие депрессивных расстройств (38,1 %).

Частота депрессивных расстройств у мужчин с ХОБЛ зависела от степени тяжести заболевания. В группе мужчин с ХОБЛ IV ст. значимо чаще встречались пациенты, имеющие показатели депрессии, соответствующие тяжелой степени по шкале CES-D (45,7 %) и реже лица, не имеющие депрессивных расстройств (17,1 %). ■

Список литературы:

1. Кобалава Ж. Д., Конради А. О., Недогода С. В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. — 2020. — Т. 25. № 3. — С. 149-218. doi: 0.15829/1560-4071-2020-3-3786.
2. Кочетова Е. В. Выраженность депрессии у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с гипертонической болезнью // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». — 2020. — Т. 22, № 9. — С. 36-41. doi:10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-9-36-41.
3. Москаленко О. Л., Яскевич Р. А. Тревожно-депрессивные расстройства у жителей Крайнего Севера и Сибири // Russian Journal of Education and Psychology. — 2021. — Т. 12. № 3-2. — С. 113-119. doi: 10.12731/2658-4034-2021-12-3-2-113-119.
4. Москаленко О. Л., Яскевич Р. А. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с артериальной гипертензией (обзор литературы) // Russian Journal of Education and Psychology. — 2021. — Т. 12, № 1-2. — С. 185-190. doi: 10.12731/2658-4034-2021-12-1-2-185-190.
5. Остроумова О. Д., Кочетков А. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и коморбидные сердечно-сосудистые заболевания: взгляд с позиций рекомендаций // Consilium Medicum. — 2018. — Т. 20, № 1. — С. 54-61. doi: 10.26442/2075-1753_2018.1.54-61.
6. Чазова И. Е., Невзорова В. А., Амбатьелло Л. Г. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких // Системные гипертензии. — 2020. — Т. 17 № 3. — С. 7-34.
7. Яскевич Р. А., Кочергина К. Н., Каспаров Э. В. Влияние выраженности тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни больных артериальной гипертензией // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. — 2019. — Т. 11, № 5-2. — С. 146-151. doi: 10.12731/2658-6649-2019-11-5-2-146-151.
8. Arabyat R.M., Raisch D.W. Relationships between social/emotional support and quality of life, depression and disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An analysis based on propensity score matching // Ann. Behav. Med. — 2019. — Vol. 53, № 10. — P. 918-927. doi: 10.1093/abm/kaz002.
9. Depression and other common mental disorders. Global health estimates. — Geneva: World Health Organization, 2017. — 24 p.
10. Hayashi Y., Senjyu H., Iguchi A. et al. Prevalence of depressive symptoms in Japanese male patients with chronic obstructive pulmonary disease // Psychiatry Clin. Neurosci. — 2011. — Vol. 65, № 1. — P. 82-88. doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02171.x.
11. Radloff L. S. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population // Applied Psychological Measurement. — 1977. — Vol. 1. — P. 385-401.
12. Singh D., Agusti A., Anzueto A. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: The GOLD science committee report 2019 // Eur. Respir. J. — 2019. — Vol. 18, № 53(5). — P. 1900164. doi: 10.1183/13993003.00164-2019.
13. Volpato E., Toniolo S., Pagnini F., Banfi P. The relationship between anxiety, depression and treatment adherence in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. — 2021. — Vol. 16. — P. 2001-2021. doi:10.2147/COPD.S313841.

Определение pH крови как метод дифференциальной диагностики отравления метиловым спиртом

Т. Г. Шиврина, Т. В. Шандыбаева, Л. Ю. Яковлев, О. П. Козычева



Татьяна Геннадьевна Шиврина,
заведующая отделением для больных
с острыми отравлениями
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Метанол быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, даже большая доза полностью всасывается в кровь через 6 часов. (Haggard, Greeberg, 1939). Максимальная концентрация в крови обнаруживается уже через час после его перорального приема. Метаболизм метанола протекает в основном в печени, обладающей наибольшей окислительной способностью по отношению к спиртам (до 95 %), с участием тех же ферментов, что и этанол.

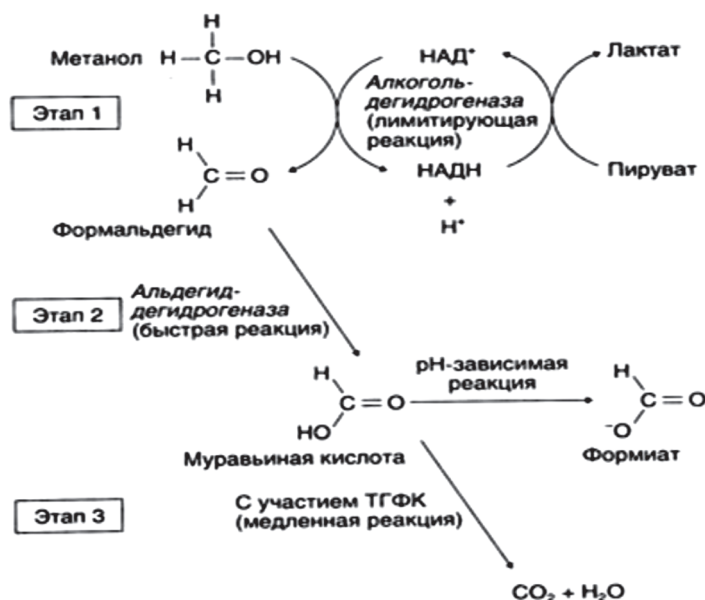
На первом этапе биотрансформации метанол при участии алкогольдегидрогеназы метаболизируется с образованием лактата (кислота), пирувата (кислота) и формальдегида.

На втором этапе формальдегид альдегиддегидрогеназой метаболизируется до муравьиной кислоты и формиата.

Таким образом, в процессе биотрансформации образуется большое количество кислот, что приводит к развитию декомпенсированного метаболического ацидоза.

Согласно клиническим данным степень ацидемии может достигать запредельных величин с размахом

■ **МЕТИЛОВЫЙ СПИРТ – МЕТАНОЛ, ДРЕВЕСНАЯ НЕФТЬ, ДРЕВЕСНЫЙ СПИРТ, КАРБИНОЛ, КОЛУМБИЙСКИЙ СПИРТ, МЕТИЛГИДРОКСИД, МОНОГИДРОКСИМЕТАН И ДРУГИЕ АНАЛОГИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К МОЛЕКУЛЯРНОЙ ФОРМУЛЕ CH_3OH .**



колебаний pH от 6,14 до 7,19.

Особенностью метаболического ацидоза при отравлении метиловым спиртом является то, что он не купируется введением гидрокарбоната натрия или компенсируется на непродолжительный период времени. Это объясняется метаболизмом метилового спирта, результатом которого является образование кислот. Второй особенностью метаболического ацидоза при данном отравлении является то, что его невозможно купировать без антидотной терапии.

В качестве антидота используется спирт этиловый, так как он

в сравнении с метанолом имеет большее сродство к алкогольдегидрогеназе. В результате пока алкогольдегидрогеназа занимается этиловым спиртом, метанол в чистом виде элиминируется почками.

■ **ВЫВОД:**

В условиях отсутствия круглосуточного экстренного определения спиртов в биологических средах вспомогательным методом, позволяющим заподозрить у пациента отравление метиловым спиртом и начать своевременную адекватную случаю терапию, является определение pH крови. ■

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Токсическое действие метанола и этиленгликоля», 2020г.
2. Маркова И. В. Клиническая токсикология детей и подростков / И. В. Маркова, В. В. Афанасьев, Э. К. Цыбульский. — Издательство «Интермедика», — 1999. — Т. 2.

Серия клинических случаев: применение регионарной анестезии у пациентов с врожденными сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы с болезнью моторных нейронов

О. Ю. Корольков, Н.Е. Пинчук



Олег Юрьевич Корольков,
руководитель службы лечения боли
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Специалисты службы лечения боли сосредоточены на обеспечении своевременного и эффективного обезболивания пациентов с до-, пери- и постоперационного периода, когда традиционные методы анальгетической терапии не эффективны, а также терапии хронических болевых синдромов различной локализации и генеза. Рациональная анальгезия обеспечивается во всех отделениях стационара, в том числе, с учетом регресса болевого синдрома. Профилактика ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, провоцируемых болевым синдромом. Глубокие знания специальности, всесторонне развитые мануальные навыки, нестандартный подход, целеустремленность и напор — качества, присущие специалистам лечения боли.

Хроническая врожденная и приобретенная патология центральной нервной системы (ЦНС) — это гетерогенная группа заболеваний и синдромов / симптомов, этиология и патогенез которых достаточно разнообразны

■ СЛУЖБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА — ЭТО ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ, ОРГАНИЗОВАННОЕ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РЯДА СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ. СПЕЦИАЛИСТЫ СЛУЖБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ ИМЕЮТ УГЛУБЛЕННУЮ ПОДГОТОВКУ В ОБЛАСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ, ДЛЯ УСПЕШНОГО ДОСТИЖЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И ТАКТИКУ.

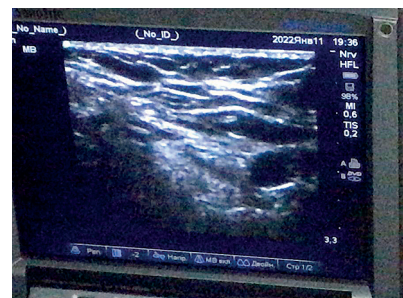
и связаны с повреждением головного и спинного мозга. «Неспособность выражать вербально не исключает возможности того, что человек испытывает боль и нуждается в соответствующем обезболивающем лечении. Боль всегда субъективна» [1]. Больные, имеющие врожденный церебральный дефицит, составляют сложность для анестезиолога-реаниматолога, для оказания адекватного анестезиологического пособия при оперативном вмешательстве. Учитывая, дегенеративную прогрессию, объем и характер сопутствующего неврологического состояния больного, выборы метода периоперационного анестезиологического ведения требуют особого внимания и направлены на предотвращение интра-, и послеоперационных осложнений.

Согласно клиническим рекомендациям, разработанным Общероссийской Общественной Организацией «Федерация Анестезиологов и Реаниматологов», возможным методом выбора анестезиологического пособия у больных с болезнью моторных нейронов является регионарная анестезия. Объясняется это тем, что общая анестезия у таких пациентов может привести к депрессии дыхания. Кроме того, длительность действия недеполяризующих миорелаксантов, которые применяются при данном виде анестезии, может увеличиваться. Поражение

продолговатого мозга и нарушение функции мышц глотки может predispose к легочной аспирации [1].

Выбор анестезии у пациентов с данной патологией представляет проблему. Регионарная анестезия часто без оснований отменяется из-за опасения обострения симптомов заболевания, однако в литературе описаны успешные случаи применения как спинальной анестезии [2] так и регионарных блокад [3].

Регионарная анестезия — вид анестезиологического пособия, заключающийся в локальном прерывании болевой импульсации от места вмешательства путем блокады проводящих путей местным анестетиком (возможно в комбинации с глюкокортикостероидом или адреналином для пролонгирования действия эффекта анестезии), благодаря чему можно избежать потребности в использовании миорелаксантов и препаратов, угнетающих дыхательный центр. Прерывание импульса может происходить на уровне корешков спинного мозга (нейроаксиальная анестезия), на уровне нервных стволов, сплетений (проводниковая анестезия) и уровне болевых рецепторов и мелких нервных ветвей (местная инфильтрационная анестезия и плоскостные блокады). Регионарная анестезия может выступать как в качестве основного элемента анестезиологического пособия, так



и входит состав т. н. комбинированной анестезии, то есть применяться как ее компонент, что в комбинации с мультимодальной анальгезией доказанно снижает опиоидную потребность как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде практически до нуля. Еще одним несомненным плюсом данной методики является описанный в литературе антимиастатический эффект местных анестетиков амидной группы (in vitro снижает пролиферацию раковых клеток), а также бактерицидный эффект ввиду своих фармакологических свойств (уменьшение проницаемости мембраны для ионов натрия).

Пациенты с врожденной патологией ЦНС и болезнью моторных нейронов зачастую обладают скелетно-мышечными дефектами развития. Это делает классические методики выполнения регионарной анестезии небезопасными, так как они основаны на выполнении по анатомическим ориентирам вслепую, разработаны и отработаны на пациентах, имеющих относительно нормальную скелетную структуру.

Для того чтобы снизить риск осложнений, анестезиологи-реаниматологи, ввели в обиход различные способы навигации своих интервенционных процедур. Уже вполне распространенным становится применение ультразвукового контроля ввиду его доступности и абсолютной безопасности относительно больного. В случае когда не удастся достоверно визуализировать те или иные структуры, на помощь приходит мобильная рентгенохирургическая система типа С-дуги.

Далее представлены клинические случаи из практики специалистов КГБУЗ КМКБСМП им. Н. С. Карповича,

которые показали, как могут эффективно работать вышеперечисленные методики.

Пациент К., 22 года, поступил в стационар с диагнозом: винтообразный перелом в/3 правой бедренной кости со смещением. Анамнез заболевания: пациенту присвоена 1-я гр. инвалидности детства, наблюдается у неврологов с диагнозом: прогрессирующее наследственное нервно-мышечное заболевание (амиотрофия Кугельберга-Веландера) с выраженным нарушением двигательных функций, атрофией мышц, нарушением бульбарных функций. Стойкие, значительно выраженные нарушения статодинамических функций. Нисходящая атрофия зрительных нервов. Внутривенная контрактура обоих предплечий. Нейрогенный правосторонний грудно-поясничный сколиоз 2-3-й ст. лордоз, нейрогенная приводящая контрактура обеих бедер, сгибательная контрактура коленных суставов, эквинувальгусная деформация обеих стоп тяжелой степени.

Пациент не способен самостоятельно передвигаться, использует неинвазивную вспомогательную вентиляцию легких в положении лежа, во время сна и бодрствования. Интеллект

больного сохранен. Целевому контакту доступен.

В качестве приоритетного метода анестезии предполагалось использовать спинальную анестезию в сочетании с блокадой бедренного и седалищного нервов.

Пациент доставлен в операционную с использованием собственного аппарата (НИВЛ). За 30 мин до начала регионарного интервенционного вмешательства пациенту выполнена внутривенная инфузия 1-процентного раствора парацетамола 200 мл и внутривенное введение 3-процентного раствора кеторолака 2 мл, обеспечен стандартный мониторинг витальных функций.

С целью уменьшения болевых ощущений, связанных с перекладкой на операционный стол, выполнена блокада бедренного нерва при помощи нейростимулятора с использованием ультразвукового контроля. Введено параневрально: Sol. Lidocaini 1 % — 10 ml, Sol. Dexametazoni — 8 mg. Спинальная анестезия (СА) с использованием рентген-навигации (С-дуга) иглой Quincke 25G на уровне L2 — L3, введено интратекально: Sol. Ropivacaini 0,5 % — 2 ml. С целью дополнительной анальгезии

■ АМИОТРОФИЯ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА — это спинальная мышечная атрофия, отличающаяся поздним развитием и наиболее доброкачественным течением. Характерны атрофии мышц тазового пояса и бедер с последующим присоединением атрофий плечевого пояса и плеч, сочетание мышечной слабости и гипотонии с фасцикулярными подергиваниями, наличие псевдогипертрофий. В практической неврологии и генетике употребляются также другие названия: ювенильная амиотрофия, спинальная мышечная атрофия (сма) iii типа. Амиотрофия кугельберга-веландера клинически манифестирует после 2-летнего возраста, наиболее часто в период с 3 до 10 лет. Лечение симптоматическое и малоэффективное, но медленное прогрессирование симптомов обуславливает длительную двигательную способность пациентов.



и послеоперационного обезболивания, с использованием нейростимулятора, под контролем ультразвука произведена парасакральная блокада седалищного нерва, введено параневрально: Sol. Ropivacaini 0,75 % — 10 ml, Sol. Dexametazoni — 8 mg.

Течение анестезии стабильное, по окончании оперативного вмешательства перевод в палату. В течение всего периоперационного периода, в качестве компонента мультимодальной анальгезии использовался парацетамол в сочетании с кеторолаком. Наличие болевых ощущений не превышали по ВАШ 25-30 мм и успешно купировались без применения опиоид-производных центральных анальгетиков и непосредственно опиоидов. Послеоперационный период без особенностей, выписка через 5 дней после операции.

Пациентка Б. 2002 года рождения поступила в стационар с диагнозом: спиральный перелом в/3, с/3 левой бедренной кости со смещением фрагментов с угрозой перфорацией мягких тканей фрагментом кости. Жалоб не предъявляет ввиду выраженного когнитивного дефицита, целевому контакту труднодоступна. Анамнез заболевания, жизни, сопутствующая патология: ДЦП, глубокая олигофрения обусловлена органическим поражением ЦНС, симптом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, сходящееся косоглазие. Частичная атрофия

ДЗН, эпилепсия, с полиморфными приступами, (на фоне ежедневного приема миродепы 300 мг по 1/2 таблетки приступов не было в течение 6 лет), экзотропия, запоздалый пубертат, нейrogenная контрактура конечностей.

Планируемое оперативное вмешательство: закрытая репозиция, интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости стержнем с блокированием. Риск анестезии: III по ASA. Учитывая данные физикального осмотра и анамнестические данные, оперативное вмешательство решено провести с использованием регионарной анестезии. Премедикация: Sol. Ketarolaci 3 % — 1 ml в/в, Sol. Paracetomoli 1 % — 100 ml в/в капельно.

Блокада запирающего канала. В асептических условиях, после обработки рук и операционного поля раствором антисептика по принятой в клинике методике выполнена блокада запирающего канала с использованием УЗ-визуализации. После проведения аспирационной пробы эпинеурально введено: Sol. Lidocaini 1 % — 8 ml, эффект анестезии удовлетворительный. После выполнения блокады запирающего канала в условиях операционной, в асептических условиях выполнена илиофасциальная блокада в области паховой складки под контролем УЗ-аппарата SonoSite M-turbo, с применением иглы 22G. Субфасциально введено: Sol. Ropivocaini 0,75 % — 20 ml, Sol. Dexametazoni

8 mg. Эффективный блок наступил через 25 мин. С целью седации и дополнительного обезболивания внутривенно проводилась инфузия: Sol. Dexmedetomidini 1 — 0,5 мкг/кг/час, Sol. Phentanyl 0,005 % — 0,08 мкг/кг/мин. Течение анестезии стабильное.

Даны рекомендации по анальгетической терапии в послеоперационном периоде (парацетамол не более 4 грамм в сутки, кеторолак 30 мг 2-3 р/сут, в случае неэффективности базовой анальгетической терапии применение трамадола (строго после оценки болевого синдрома). Оценка болевого синдрома проводилась по методике вербальной описательной шкалы оценки боли, оценки боли по выражению лица (VRS, ВРШ, шкала Wong-Baker), оценки послеоперационных гемодинамических показателей. В течение наблюдения за больной регистрация показателей данных шкал не подталкивала к применению опиоидных анальгетиков, и в случае проявления умеренного болевого синдрома состояние купировалось на фоне проведения базовой анальгетической терапии.

Из особенностей течения послеоперационного периода: отмечалась анемия, которая была скорректирована переливанием двух доз эритроцитарной массы. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с дальнейшими рекомендациями под амбулаторное наблюдение.

Учитывая основную и сопутствующую патологию, объем и характер оперативного вмешательства, в обоих случаях удалось обеспечить адекватное анестезиологическое пособие и ведение послеоперационного периода.

Применение периферических методик регионарной анестезии с использованием УЗ-навигации позволило существенно снизить опиоидную потребность, избежать тяжелых осложнений интраоперационно и негативных влияний послеоперационного болевого синдрома на жизненно важные функции, что способствовало скорейшей выписке пациентов из стационара в удовлетворительном состоянии. ■

Список литературы:

1. Трембач Н. В. Анестезия у пациентов с сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы: обзор литературы // Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. — 2017. — № 3.
2. J Matern Fetal Neonatal Med 2011 Jan;24(1):195. Epub 2010 Jun 23. Combined spinal epidural anesthesia for cesarean section in a parturient with spinal muscle atrophy type III (Kugelberg-Walendar disease) Michal Gaca, Natalia Kokot, Agnieszka Koziolok, Krzysztof M Kuczkowski.
3. Sertöz N., Karaman S. Peripheral nerve block in a patient with amyotrophic lateral sclerosis. J Anesth. 2012 Apr; 26(2):314-5.
4. Flunt D., Andreadis N., Menadue C., Welsh A. W. Clinical commentary: obstetric and respiratory management of pregnancy with severe spinal muscular atrophy. ObstetGynecol Int 2009; 94:23-25. [Google Scholar]
5. McLoughlin L., Bhagvat P. Anaesthesia for caesarean section in spinal muscular atrophy type III. Int J ObstetAnesth 2004; 13:192-195. [Google Scholar]
6. Harris S. J., Moaz K. Caesarean section conducted under subarachnoid block in two sisters with spinal muscular atrophy // Int. J. Obstet. Anesth. — 2002. — Vol. 11, № 2. — P. 125-127.

Клинический случай сквозного колото-резаного ранения глотки

А. В. Федоров, М. В. Данжаев, А. В. Анцифоров, И. А. Поздеева



Андрей Владимирович Федоров,
ответственный хирург хирургической
бригады приемного отделения
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Летальность при ранениях шеи, по мнению экспертов, достигает 24 %, осложнения — 35 %, инвалидизация — 17 % (Завражных А. А., Самохвалов И. М., Ерошенко А. В./ «Вестник хирургии», 2006 г.) Это требует от хирурга определенных навыков и соблюдения последовательности действий при выполнении операции.

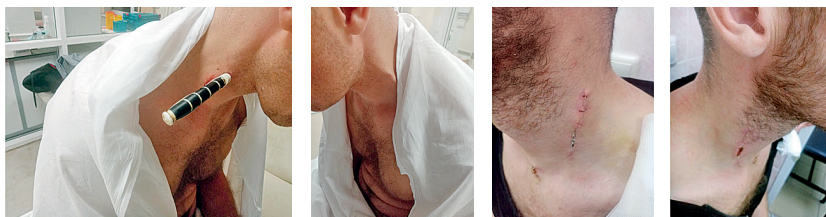
■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациент П., 38 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение КМКБСМП им. Н. С. Карповича 11.01.2022 в 6:32 с колото-резаным ранением шеи, нанесенным с суицидальной целью. При осмотре состояние средней тяжести, положение активное, сидя на каталке, сознание ясное, адекватен, ориентирован в месте и времени. Справа в средней трети шеи имеется рукоятка ножа (фото № 1). С противоположной стороны шеи под кожей определяется острое клинка (фото 2).

С учетом характера ранения пациент в экстренном порядке взят в операционную (хирурги А. В. Федоров, М. В. Данжаев, сосудистый хирург А. В. Анцифоров, анестезиолог И. В. Поздеева). На операционном столе выполнена ФГС. Заключение: в просвете пищевода следов алой крови небольшое количество.

Под эндотрахеальным наркозом доступом по Разумовскому с обеих

■ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА И НАЛИЧИЕМ РАНЯЩЕГО ПРЕДМЕТА В МЯГКИХ ТКАНЯХ. ОСОБЕННО СЛОЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕГОРИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕИ В СВЯЗИ С ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР, НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ.



сторон рассечена кожа над концом клинка слева и по раневому каналу справа. Тупо и остро разделены мягкие ткани вдоль раневого канала. Сосудистые пучки шеи не травмированы, находятся кзади от раневого канала. Клинок проходит сквозь глотку на уровне надгортанника, извлечен. Рана правой стенки глотки 2,5 см в продольном направлении, аналогичная рана левой стенки 2 см. Ушиты отдельными швами викрилом 2/0. Контроль гемостаза и инородных тел, туалет, послойно швы на раны до латексных выпускников с обеих сторон. Хлоргексидин, асептические повязки. Наложена трахеостома.

После операции больной находился в отделении реанимации и интенсивной терапии. В течение одних суток после операции пациент переведен на самостоятельное дыхание через трахеостому. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Проводилась посиндромная, антибактериальная, инфузионная терапия, перевязки. В течение 5 суток сохранялась умеренная подкожная эмфизема в области шеи. Трахеостома удалена на 8-е сутки. Швы сняты на 13-е сутки — заживление ран первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии выписан домой на 15-е сутки (фото 3, 4).

Анализ литературы показывает, что тактика ведения пациента не противоречит клиническим рекомендациям по лечению подобного рода повреждений. Следует отметить, что при наличии современных методик исследования и отсутствии нарушения витальных функций пациент должен быть максимально быстро обследован: в том числе и на операционном столе. Во всех случаях при ранениях шеи независимо от размеров раны необходимо обработку раны проводить в условиях операционной в присутствии анестезиологической бригады. ■

Список литературы:

1. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при травмах шеи. /Автор: А. Е. Чикин, доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И. П. Павлова
2. Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 816 с.
3. Сочетанная механическая травма: руководство для врачей / Под ред. А. Н. Тулупова. — СПб.: НИИ СП им. И. И. Джanelидзе, 2012. — 395 с.
4. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи / Под ред. С. Ф. Багненко и И. Н. Ершов. — СПб.: Политехника, 2007. — 483 с.
5. Полубенцева К. И., Улумбекова Г. Э., Сайткулов К. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 60 с.

Клинический случай успешной остановки массивного ректального кровотечения при раке шейки матки

О. А. Ермошкин, Д. А. Черных



Олег Александрович Ермошкин,
заведующий гинекологическим отделением КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Методы борьбы с данными кровотечениями ограничены в силу анатомии и распространенности процесса. Консервативные методы остановки кровотечения включают в себя гемостатическую терапию и местное воздействие. Из известных хирургических методов у больных раком шейки матки доступны лишь немногие: криодеструкция, электрокоагуляция, экстренная гистерэктомия, перевязка внутренних подвздошных артерий, рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных или внутренних подвздошных артерий. При запущенных формах рака шейки матки выбор метода остановки кровотечения еще более ограничен.

Ниже описан клинический случай успешной остановки массивного ректального кровотечения у пациентки с запущенным раком шейки матки с помощью рентгеноэндоваскулярной эмболизации маточных артерий.

Пациентка Р., 62 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» 19.11.2021 в 18:15 с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, головокружение, слабость.

Из анамнеза: в сентябре 2020 года во время профилактического осмотра

■ ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ НЕ УТРАЧИВАЕТ СВОЙ АКТУАЛЬНОСТИ В СВЯЗИ С ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКОЙ И ВЫСОКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА. РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ЗАЧАСТУЮ ИМЕЮЩЕЕ ПРОФУЗНЫЙ ХАРАКТЕР, ЧТО ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

в женской консультации было заподозрено ЗНО шейки матки, которое было подтверждено по результатам гистологического исследования биопсийного материала. По результатам комплексного обследования установлен диагноз: ЗНО шейки матки T3bNxM1 (гистологически: плоскоклеточный неороговевающий рак) с метастазами в правую лонную и правую седалищную кости, подвздошные, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы. В 2020–2021 гг. пациентке было проведено 2 курса сочетанной лучевой терапии и 6 курсов химиотерапии (последний в июне 2021 г.) в связи с прогрессированием заболевания. 19.11.2021 в 16:20 у пациентки Р. появились обильные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, оценка по шкале Глазго 15 баллов. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. АД — 90/60 мм рт. ст. Пульс — 111 в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный над лоном при глубокой пальпации. Мочится самостоятельно, диурез снижен. Газы отходят.

При гинекологическом осмотре выявлено, что влагалище резко сужено в верхней и средней третях, шейка матки представлена «кратером». Матка отдаленно не определяется. Отмечается инфильтрация верхней трети влагалища, сводов влагалища и параметральной клетчатки до стенок таза. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

В приемном отделении произведена тугая тампонада влагалища. В приемном покое пациентка Р. была

проконсультирована реаниматологом, хирургом, терапевтом, кардиологом, даны рекомендации по ведению.

В развернутом анализе крови от 19.11.2021: эритроциты — $1,19 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 25 г/л, гематокрит — 9,3 %, цветной показатель — 0,63, лейкоциты — $4,9 \times 10^9/л$, тромбоциты — $233 \times 10^9/л$, СОЭ — 81 мм/ч. В биохимическом анализе крови от 19.11.2021: общий билирубин — 3,64 ммоль/л, мочевины — 7,08 ммоль/л, креатинин — 87,6 мкмоль/л, глюкоза — 9,41 ммоль/л, общий белок — 52,5 г/л. В коагулограмме от 19.11.2021: ПТИ — 64,6 %, ПТВ — 12,2 сек., фибриноген — 1,34 г/л, АЧТВ — 19,9 сек., МНО — 1,20.

По УЗИ органов малого таза от 19.11.2021: структурные изменения шейки и тела матки, патология эндометрия.

По УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 19.11.2021: гепатомегалия, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, конкременты желчного пузыря, эктазия ЧЛС и мочеточника слева.

Произведена тугая тампонада влагалища, начата гемостатическая терапия (транексамовая кислота внутривенно в суточной дозе 3 гр.), проведена трансфузия 635 мл эритроцитарной массы. На фоне терапии кровотечение из шейки матки остановилось.

После гемотрансфузии в развернутом анализе крови от 20.11.2021: эритроциты — $2,24 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 57 г/л, гематокрит — 17,3 %.

20.11.2021 в 10:17 у пациентки Р. открылось массивное ректальное кровотечение. Внутривенно введен 1 гр. транексамовой кислоты, проведена



трансфузия 8 доз криопреципитата и 890 мл эритроцитарной массы. Пациентка Р. проконсультирована врачом-хирургом, рекомендовано продолжить проводимую терапию. На фоне лечения интенсивность ректального кровотечения не уменьшалась. С учетом продолжающегося ректального кровотечения и неэффективности гемостатической терапии было принято решение о проведении рентгеноэндоваскулярной эмболизации маточных артерий.

В условиях операционной рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения под местной анестезией выполнена пункция правой бедренной артерии по методу Сельдингера и установлен интродьюсер. Затем в правую внутреннюю подвздошную артерию по интродьюсеру введен маточный катетер Робертса. Выполнена тазовая

ангиография с целью уточнения анатомии маточных артерий. Отмечается экстравазация контрастного вещества из дистальных отделов правой маточной артерии в прямую кишку. Выполнена селективная эмболизация правой маточной артерии микроэмболами Contour PVA 355–500 мкм (1 флакон). На контрольной ангиографии правой маточной артерии отмечается стаз контрастного вещества, признаков экстравазации контрастного вещества нет. Катетер и интродьюсер удалены, произведен мануальный гемостаз в течение 15 минут, в области пункции наложена давящая повязка. Продолжительность вмешательства составила 50 минут.

После проведения рентгеноэндоваскулярной эмболизации правой маточной артерии ректальное кровотечение прекратилось. В послеоперационном

периоде была продолжена гемостатическая терапия (транексамовая кислота внутривенно в суточной дозе 3 гр. в течение 5 суток). 21.11.2021 произведена повторная трансфузия 965 мл эритроцитарной массы.

После проведения рентгеноэндоваскулярной эмболизации правой маточной артерии эпизодов ректального кровотечения и кровотечения из шейки матки не было.

26.11.2021 пациентка Р. была выписана из гинекологического отделения для специализированного лечения в КГБУЗ «КККОД им. А. И. Крыжановского».

Таким образом, рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий является эффективным и малотравматичным методом остановки кровотечения при осложненном и запущенном раке шейки матки. ■



Клинический случай эндоскопической хирургии аденомы бронха

Т. Л. Коренева, Т. Т. Ширко, О. В. Клипацкая, К. В. Гантимурова, П. И. Торопова, В. Н. Карепов



Татьяна Леопольдовна Коренева,
заведующая эндоскопическим отделением
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

В эндоскопическом отделении нашей больницы случаи выявления аденом бронхов единичные. Применялась диатермо- и аргонплазменная коагуляция. Ниже приводится клинический случай использования электроэксцизии аденомы бронха.

Пациентка Ю., 47 лет, поступила в нефрологическое отделение КМКБСМП 17.03.2022 с жалобами на слабость, повышение температуры до 39°, кашель с мокротой и прожилками крови. Диагностирована полисегментарная пневмония в нижней доле слева неуточненной этиологии средней степени тяжести. COVID-19 не выявлен. ДН1-0.

На компьютерной томографии от 18.03.2022 — картина левосторонней

■ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЧЕРЕЗ БРОНХОСКОП, НАЧАЛАСЬ В 1911 ГОДУ, КОГДА РУССКИЙ ОТОЛАРИНГОЛОГ В. И. ВОЯЧЕК ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ СЛУЧАЙ МЕХАНИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ БИОПСИЙНЫМИ ЩИПЦАМИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ ПРОСВЕТА ТРАХЕИ. С 80-Х ГОДОВ ПРОШЛОГО СТОЛЕТИЯ В ПРАКТИКУ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ ВНЕДРЕНА ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕТЛИ. [1]

полисегментарной пневмонии (вероятность вирусной этиологии низкая). Не исключается *susp. tumor* нижней доли левого легкого. Объемное образование в устье левого главного бронха, отсутствие дифференцировки нижнедолевого бронха. Рекомендуется бронхоскопия.

При видеобронхоскопии левый главный бронх обтурирован разрастанием аденомы округлой формы с контактной кровоточивостью. Принято решение удалить аденому методом петлевой электроэксцизии.

Оперативное вмешательство проводили под местной анестезией лидокаином 10 % аэр. и 2 %-8,0 мл.

Использовали оборудование:

- видеопроцессор PENTAX EPR-i7010;
- видеобронхоскоп PENTAX EB-1975K;
- электронож Olympus UES-10;
- петлю для полипэктомии с изолированным носиком EndoFlex.

Электроэксцизия проводилась в режиме резания / коагуляции одномоментно. Осложнений не было.

На рисунке: посткоагуляционный струп до 3-4 мм по медиальной стенке левого главного бронха, аденома округлой формы до 1,2*1,0 см после отсечения ушла в правый нижнедолевой бронх, извлечена и отправлена на гистологию.

Состояние больной после удаления аденомы улучшилось.

На контрольной КТ от 30.03.2022 образование левого главного бронха не определяется. Левосторонняя полисегментарная пневмония в стадии обратного развития.

Пациентка выписана на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии с рекомендациями дальнейшего наблюдения.

Проведена гистология аденомы: в препаратах мономорфная (солидно-ацинарная) аденома. Ацинозно-клеточная опухоль — редко встречающееся новообразование, имеющее аналог среди новообразований слюнной железы. Опухоль состоит из мономорфных клеток с просветленной мелкозернистой цитоплазмой, сходных с серозными клетками ацинусов.





Компьютерная томограмма от 18.03.2022



Компьютерная томограмма от 30.03.2022

Ацинозноклеточная опухоль гистогенетически связана с элементами серозных бронхиальных желез, а именно с эпителиальными и миоэпителиальными клетками протоков. Ацинозноклеточные опухоли бронхов рассматриваются как доброкачественные новообразования с местодеструктурирующим ростом. Опухоли чаще возникают у женщин, имеют экзофитный рост, в клинической картине доминируют симптомы обтурации просвета крупного бронха, подвижные, расположены на тонкой ножке. [2]

Выводы: из вышеизложенного следует, что диагностическая бронхоскопия, наряду с компьютерной томографией, является частью комплексного обследования пациентов для выявления новообразований трахеи и бронхов. Наличие современного эндоскопического оборудования и инструментария позволяет провести эндоскопическую хирургию доброкачественных новообразований трахеи и бронхов в условиях многопрофильного стационара. ■

Список литературы:

1. Паламарчук Г. Ф., Акопов А. Л., Арсентьев А. И., Деревянко А. В., Нагорная О. А. Бронхоскопия в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания. — Санкт-Петербург, 2019. — 326 с.
2. Кузьмин И. В., д. м. н., Онкология легких, главы 1-5, 1999 г.

Конференция

«Актуальные вопросы лечения пациентов с сочетанной травмой»

17-18 июня 2022 года

в КМКБСМП состоится

Межрегиональная
научно-практическая
конференция

«Актуальные вопросы
лечения пациентов
с сочетанной травмой»

Конференция организуется в очном и заочном формате с присвоением 36 ЗЕТ на портале НМО и выдачей удостоверения о повышении квалификации.

Приглашаем коллег к участию в мероприятии, гарантируем много полезной научной информации, основанной на практическом опыте.

Конференция организована по инициативе врачей КМКБСМП им. Н. С. Карповича при поддержке министерства здравоохранения Красноярского края и Ассоциации «Красноярская медицинская палата».

Единый информационный
центр КМКБСМП

+7 (391) 205-27-22

e-mail: bsmp@krasbsmp.ru

www.bsmp.sibmedport.ru

vk.com/bsmp.krsk

t.me/bsmp_krsk

Нерассекаемая папилла как основная причина отказа в проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии

Н. А. Роговцова, Т. Л. Коренева, Т. Т. Ширко, С. Г. Лукьянов



Наталья Александровна Роговцова,
врач-эндоскопист,
эндоскопическое отделение
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ СОГЛАСНО ДАННЫМ СТАТИСТИКИ И ЕЖЕГОДНО СДАВАЕМЫХ ОТЧЕТОВ ЭНДΟΣКОПИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» В ТЕЧЕНИЕ ПЯТИ ЛЕТ БЫЛО ВЫПОЛНЕНО 448 ЭПСТ И 539 ДУОДЕНОСКОПИЙ.

статистических данных, то среди пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) холедохолитиаз встречается с частотой от 5 до 20 %. При этом холедохолитиаз может протекать бессимптомно, или же манифестация его наличия определяется появлением болевых приступов с возникновением картины билиарного панкреатита и/или присоединением клиники холангита. Риск возникновения симптомов при наличии ранее бессимптомного течения холедохолитиаза возрастает на 1–4 % с каждым прожитым годом [1].

Именно поэтому разработка и совершенствование методов диагностики и лечения ОЖКБ продолжают осваиваться. Некоторые из методов малоинвазивной диагностики по-прежнему недоступны для большинства регионов. В частности, на базе нашей больницы пока недоступна эндоскопическая эхосонаграфия (ЭУС-диагностика) панкреатобилиарной зоны. Во многом это связано с высокой стоимостью техники, которая нужна для проведения такого рода малоинвазивной диагностики холедохолитиаза. Кроме этого, для эффективного использования такой техники и обучения навыкам проведения эндоскопической диагностики холедохолитиаза, в частности проведения ЭУС-диагностики, требуется длительное время для подготовки специалиста и наработки опыта проведения диагностики у пациентов с ОЖКБ.

Инструментальные методы диагностики в нашей практике имеют решающее значение в отборе пациентов для проведения ЭПСТ. Мы не можем всецело ориентироваться на лабораторные или клинические данные. Последние имеют лишь вспомогательное значение.

Американским сообществом гастроинтестинальной эндоскопии уже были предприняты попытки разработать методику, которая учитывала бы

инструментальные, лабораторные и клинические данные. Эта методика могла бы с большей долей вероятности высказаться о наличии холедохолитиаза как одного из показаний для проведения транспапиллярного вмешательства. В то же время эта методика учитывает лишь результаты одного инструментального метода диагностики — УЗИ печени и поджелудочной железы [2].

Среди инструментальных малоинвазивных методов, которыми мы располагаем в данный момент, есть более точные, чем УЗ-диагностика. В частности, при отборе пациентов и для принятия решения о проведении транспапиллярных вмешательств пациентам проводятся МСКТ, МРХПГ. Поэтому методика американского сообщества нами не используется, поскольку не является точной и не обладает высоким уровнем доказательности.

Даже если диагноз холедохолитиаза или наличия стриктуры интрамуральной части холедоха не вызывают сомнения, окончательное решение о возможности проведения интралюминальных эндоскопических вмешательств зависит от осмотра ДПК и зоны большого дуоденального сосочка (БДС). Речь идет о проведении обязательной дуоденоскопии таким пациентам, то есть осмотра зоны БДС видеодуоденоскопом, аппаратом, имеющим боковую оптику.

Осмотр пищевода, желудка, ДПК и постбульбарных отделов видеогастроскопами с торцевой оптикой не позволяет осмотреть будущую зону оперативных действий детально. Анатомические особенности зоны БДС, а также наличие органической патологии БДС могут остаться незамеченными. Поэтому дуоденоскопия включена нами в алгоритм подготовки пациентов к проведению любых транспапиллярных вмешательств, даже если это вмешательство не предполагает проведения рассечения БДС.

Опираясь на опыт эндоскопического отделения КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» в проведении транспапиллярных вмешательств, хочется высказаться по поводу существующих трудностей в билиарной эндоскопической малоинвазивной хирургии на этапе диагностики и отбора пациентов для проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), а также подвести промежуточные итоги работы отделения.

Трудные ситуации в принципе не являются редкостью, когда идет речь о транспапиллярных вмешательствах. Эта область вмешательств узкоспецифична, высокотехнологична и постоянно совершенствуется.

Число пациентов, которым были выполнены такие вмешательства, как ЭПСТ и РХПГ, снизилось лишь в последние годы — в связи с эпидемией COVID-19. В то же время число пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью (ОЖКБ), в частности с наличием холедохолитиаза, а также пациентов с наличием стриктур интрамуральной части холедоха, папиллостенозами не имеет тенденции к снижению. Холедохолитиаз является одним из наиболее частых показаний для проведения ЭПСТ.

Если говорить о литературных

Как правило, для проведения дуоденоскопии не требуется проведения общего обезболивания. Продолжительность исследования обычно не занимает более 10 минут и проводится в условиях эндоскопического отделения. Случаи проведения этого исследования под общим обезболиванием также имели место, однако это была скорее вынужденная мера при наличии соответствующих показаний: невозможности проведения местной анестезии ротоглотки перед вмешательством вследствие непереносимости местных анестетиков, тяжелого состояния пациента и необходимости проведения исследования в условиях операционной в экстренном порядке.

При проведении осмотра зоны БДС и планирования возможного вмешательства в этой зоне нами учитываются следующие моменты:

1. Возможность правильного позиционирования БДС для предполагаемого разреза.

2. Визуализация устья папиллы для успешной канюляции БДС. При наличии точечного, не выраженного устья, а также отсутствия желчеистечения из устья папиллы, можно заранее определиться со способом рассечения БДС, в частности, подготовить соответствующие инструменты для проведения атипичной ЭПСТ.

3. Выраженность и протяженность продольной складки, а также наличие крыши папиллы. Продольная складка является важным анатомическим ориентиром и представляет собой проекцию интрамуральной части дистального отдела холедоха. Максимальная длина предполагаемого разреза ограничена длиной продольной складки.

4. Наличие или отсутствие избыточной складчатости слизистой в проекции БДС. Не так часто, но бывают случаи такой избыточной складчатости слизистой, которая нависает над устьем БДС, затрудняя канюляцию и рассечение БДС.

5. Наличие дивертикулов в проекции БДС.

6. Наличие или отсутствие разрастания ткани, подозрительной на опухоль в проекции папиллы, на ее поверхности или непосредственно в проекции устья.

В каких случаях мы не можем ни при каких обстоятельствах выполнить ЭПСТ и вынуждены отказать в выполнении этого вмешательства? Такие случаи можно объединить единым понятием

— нерассекаемая папилла. К таким случаям относятся следующие ситуации:

1. Наличие интрадивертикулярного расположения БДС. Что это значит? Это те случаи, когда БДС находится полностью внутри крупного дивертикула, когда при дуоденоскопии БДС виден лишь частично. Часто бывает так, что его не видно почти совсем, а о его наличии в полости дивертикула можно предположить по следам желчи по стенкам или в проекции устья самого дивертикула.

Такие случаи — большинство из тех, с которыми приходится сталкиваться и обосновывать отказ в выполнении вмешательства.

2. Есть устье папиллы, но продольная складка и крыша папиллы отсутствуют. В этом случае нет анатомического эндоскопического ориентира для того, чтобы сделать разрез в правильном направлении. Любой такой разрез папиллы может привести к сквозному повреждению ДПК в проекции разреза. При этом протяженность разреза не имеет значения.

За все годы работы я столкнулась с таким случаем полного отсутствия продольной складки и крыши папиллы всего три раза. Можно назвать такие случаи «абсолютно анатомически нерассекаемой папиллой».

3. Избыточная складчатость в проекции БДС. Когда складки нависают над устьем БДС и продольной складкой лишь частично, проблем не возникает. Но есть случаи, когда эти складки полностью накрывают БДС и их невозможно приподнять или отвести в сторону, чтобы освободить операционное поле. При этом складки напоминают складки у собаки породы шарпей, они гипертрофированы и малоподвижны.

Эти случаи также носят единичный характер.

4. Крыша папиллы и продольная складка представляют собой единое целое и отмечают их избыточную подвижность. Такая подвижность в случае необходимости проведения атипичной ЭПСТ становится также труднопреодолимой задачей для рассечения даже в руках опытного врача-эндоскописта.

Проблема избыточной подвижности частично или полностью может быть решена при условии общего обезболивания (наркоза). Поэтому мы описываем такие случаи как представляющие особые трудности, но в тот же время имеющие шанс на успешное рассечение при соблюдении определенных



условий. Как поведет себя эта зона при условии общего обезболивания, заранее предположить не представляется возможным. Поэтому окончательное решение о проведении или непроведении вмешательства принимается уже в операционной.

5. Аденома БДС. При этом отмечается значительное разрастание аденоматозной ткани циркулярно вокруг устья БДС и по поверхности крыши папиллы, что также лишает нас анатомически четких ориентиров для проведения разреза и сопровождается избыточной кровоточивостью тканей при инструментальной пальпации.

6. Злокачественные образования БДС.

В таких случаях, если процесс выявлен нами впервые, мы ограничиваемся взятием биопсии с целью верификации и подтверждения диагноза.

■ ВЫВОДЫ

Существует много нюансов как анатомического, так и диагностического характера, касающихся тактики и принципов отбора пациентов с ОЖКБ, которым показано проведение траспапиллярных вмешательств. Решающим же этапом, определяющим возможность успешного выполнения траспапиллярных вмешательств, является предварительное проведение дуоденоскопии и тщательная оценка анатомических возможностей выполнения эндоскопического вмешательства, а также исключение наличия органической патологии БДС. ■

Список литературы:

1. Бурдюков М. С., Нечипай А. М. Холедохолитиаз: обзор литературы. Доказательная гастроэнтерология. — 2020; 9(4):55-66. <https://www.mediasphera.ru/issues/dokazatel'naya-gastroenterologiya/2020/4/1230522602020041055>.
2. Натрошвили А. Г. 1, Шулуто А. М. 1, Байчоров Э. Х. 2, Натрошвили И. Г. 2, 3, Давлятов М. Р. 4, Османов Э. Г. 1, Чантурия М. О. 1. Дооперационная диагностика холедохолитиаза: возможности и перспективы // Медицинский вестник серверного Кавказа. — 2021. — Т. 16. — № 1 // <https://cyberleninka.ru/article/n/dooperatsionnaya-diagnostika-holedoholitiya-v-vozmozhnosti-i-perspektivy>

Ценностные ориентации врачей хирургических и терапевтических профилей

А. В. Ландёнок



Андрей Владимирович Ландёнок,
психолог клиентской службы КГБУЗ
«МККБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ВВЕДЕНИЕ

Ценностные ориентации врачей определяют отношение к профессиональной деятельности и служат личностно-профессиональными доминантами, которые формируют стиль межличностного взаимодействия и влияют на выборы и предпочтения в решении различных профессиональных задач. Таким образом, роль ценностных ориентаций для специалиста является основой его личностных качеств и влияет на его коммуникативные стратегии [3, 4, 5]. Другими словами, если врач не проявляет эмпатию и сопереживание во взаимоотношениях с пациентом, то это говорит о том, что для врача такие проявления не имеют особой ценности.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что на сегодняшний день существует большое количество исследований, посвященных ценностным ориентациям врачей. Исследование Gennissen L. показывает, что студентам-медикам свойственно иметь такие профессиональные ориентации, которые можно сформулировать следующим образом: профессия как призвание, баланс между работой и личной жизнью, профессия как способ достижения признания и восхищения. Для первой группы студентов-медиков свойственно стремление к саморазвитию и обучению, преподавательской деятельности, нацелены на выстраивание

■ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ В МЕДИЦИНЕ ВСЕ БОЛЬШЕ УДЕЛЯЕТСЯ ВНИМАНИЕ ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ И ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ. О ТОМ, ЧТО МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ НА ВЫСОКОМ УРОВНЕ, ГОВОРИЛ В СВОЕМ ВИДЕООБРАЩЕНИИ ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН: «ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – НАШ КЛЮЧЕВОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРИОРИТЕТ» [1]. В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ ЭТО ПРИОБРЕЛО ОСОБУЮ АКТУАЛЬНОСТЬ. О ЧЕМ ОН ТАКЖЕ СКАЗАЛ НА ВСТРЕЧЕ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЧТО НУЖНО «СОХРАНЯТЬ И НАРАЩИВАТЬ МОЩНОСТИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» [2].

контактов с пациентами, им не очень важно разнообразие в работе и признание в обществе. Вторая группа студентов-медиков предпочитает управляемую рабочую нагрузку, не стремятся занимать руководящие должности, им важно то, сколько времени они будут тратить на дорогу от дома до работы, они не против рутины, не стремятся работать. Им также неважно признание. Третья группа студентов-медиков рассматривают свою профессию как средство достижения признания и восхищения в обществе. Они ценят разнообразие и азарт в работе, не любят рутинную работу и склонны к тому, чтобы занять руководящую должность [6].

Схожее исследование было проведено Н. Г. Петровой и С. Г. Погосян. Они изучали мотивационные комплексы и ценностные ориентации среднего медицинского персонала. Исследование показало, что для большей части испытуемых (73,2 %) важна возможность сочетания карьеры и личной (семейной) жизни, для 62,0 % важна стабильность работы, т. е. потребность в безопасности. На третьем месте оказалась ориентация «служение» (52,4 %), которая предполагает готовность помочь другим людям [7].

Стоит отметить, что для пациентов большое значение имеет не только уровень профессиональных знаний врача, но также его гуманизм, т. е. способность к эмпатии, проявлению заботы, желания понять и выслушать пациента. При этом пациенты ценят, когда в ходе разговора врач

аргументировано, в доступной форме предлагает варианты дальнейшего обследования и лечения [8, 9].

При этом в кооперативно-совещательной модели врач выступает как медицинский эксперт, а пациент выступает в роли эксперта самого себя, т. е. человека, который обладает большим количеством информации на основе наблюдения за своим организмом и его реакций (в том числе болевых) на различные манипуляции, методы лечения и лекарственные препараты [10]. В этом аспекте внутренняя установка врача на внимательное отношение к словам пациента и проведение качественного медицинского интервью позволяет снизить вероятность возникновения ошибок в ходе лечения.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе медицинской организации г. Красноярск. Выборку составили врачи: терапевтических профилей (далее ТП) — 20 человек; хирургических профилей (далее ХП) — 30 человек. Все врачи работают в стационарах с пациентами. Общий стаж работы врачей составляет от пяти лет и выше.

В ходе исследования применялись следующие методики:

1. Тест смысловых жизненных ориентаций Д. А. Леонтьева. Методика позволяет определить уровень осмысленности жизни посредством оценки результатов по пяти субшкалам: цели в жизни, процесс

жизни, результативность жизни, локус контроля — Я, локус контроля — Жизнь.

2. Тест межличностных отношений Т. Лири. В методике представлены восемь шкал, которые отражают различные черты личности (тенденции): авторитарный, эгоистичный, агрессивный, подозрительный, подчиняемый, зависимый, дружелюбный, альтруистический.

3. Методика по изучению ценностных ориентаций Ш. Шварца. В методике представлены 10 типов ценностей: власть, достижение, гедонизм, стимуляция, самостоятельность, универсализм, доброта, традиции, конформность, безопасность.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Рассмотрим результаты исследования, полученные в ходе проведения теста смысловых ориентаций Д. А. Леонтьева. Из полученных результатов следует, что врачи ХП имеют показатели выше на 15-20 % почти по всем субшкалам, чем врачи ТП. Это говорит о том, что среди врачей ХП несколько чаще встречаются люди, которые имеют цели в жизни и считают, что их жизнь наполнена смыслом, интересна, продуктивна, у них есть свобода строить свою жизнь и влиять на нее своими решениями. Среди врачей ТП таких людей встречается меньше на 7 %. Для людей с более низкими показателями по субшкалам труднее формулировать свои цели в жизни, они не всегда оценивают свою жизнь как продуктивную и наполненную смыслом. Только по субшкале «Локус контроля — Жизнь» врачи обоих профилей набрали одинаковые показатели.

Также врачам был предложен тест межличностных отношений (Т. Лири). Результаты по данной методике представлены в таблицах. Исходя из полученных результатов были выделены среднеарифметические показатели по каждой

из шкал. Это можно увидеть на рисунке (рисунк 1). Следующим шагом в исследовании врачей обоих профилей было изучение их социальных ценностей. Для этого была взята методика по изучению ценностных ориентаций Ш. Шварца. Для анализа результаты были проранжированы по наиболее предпочитаемым ценностям (от 3 до 1) и по наименее предпочитаемым ценностям (от -3 до -1). На первое место соответственно ставились самые предпочитаемые или не предпочитаемые ценности. После этого мы перевели результаты в проценты и подсчитали среднеарифметическое значение (рисунк 2).

■ ВЫВОДЫ:

1. Среди врачей ХП несколько чаще, чем среди врачей ТП, встречаются люди, которые имеют четкие цели в жизни, они считают, что их жизнь наполнена смыслом, интересна, продуктивна, у них есть свобода строить свою жизнь и влиять на нее своими решениями.

2. Врачам ХП более свойственно демонстрировать властный, агрессивный, подчиняемый, зависимый и альтруистический стили поведения. А врачам ТП более свойственно проявлять подозрительный, подчиняемый, дружелюбный и альтруистический стили поведения.

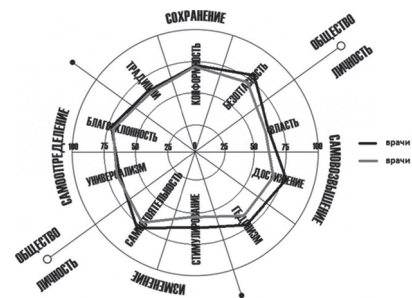
3. Врачи обоих профилей имеют довольно высокие показатели по таким ценностным ориентациям как безопасность, конформность, доброта (благосклонность) и самостоятельность.

4. Для врачей ТП важна эмоциональная насыщенность жизнью и получение удовлетворения от ее проживания, а также им важно чувствовать себя тем, кто может строить ее и принимать решения. И в этих стремлениях они хотят придерживаться собственных взглядов и готовы их отстаивать, если кто-то будет считать иначе. Однако они не будут делать это

Рисунок 1. Черты личности (тенденции) врачей по тесту Т. Лири



Рисунок 2. Профиль социальных ценностей врачей по Ш. Шварцу



агрессивно, навязывая свою точку зрения.

5. Для врачей ХП важнее иметь в жизни цель и стремиться к ней, также как и то, чтобы жизнь была интересной и эмоционально насыщенной. Чем больше они вовлечены в общественную деятельность, тем больше они получают удовлетворение от жизни и видят в ней смысл. В своих стремлениях добиваться цели они могут проявлять настойчивость, граничащую с жесткостью и упрямством. При этом, чем больше препятствий на пути, тем сильнее это будет вызывать чувство злости и раздражения. Таким образом, врачи ХП чаще склонны проявлять настойчивость и авторитарность в общении, чем врачи ТП. ■

Список литературы:

1. Из видеобращения Президента России Владимира Путина [Электронный ресурс]. <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=8992> (Дата обращения: 09.02.2022)
2. Стенограмма выступления Путина на совещании о системе здравоохранения 29.07.2020 [Электронный ресурс]. <http://prezident.org/tekst/stenogramma-vystupleniya-putina-na-soveshchani-0-sisteme-zdravooohranenija-29-07-2020.html> (Дата обращения: 09.02.2022)
3. Микиртичан Г. Л. О формировании профессионального самоопределения будущих врачей / Г. Л. Микиртичан, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, К. А. Ольховский, А. Н. Кошелева // Педиатр. — 2014. — Т. 5. — № 2. — С. 95-101
4. Малютина Т. В. Значение ценностных ориентаций в структуре профессиональной идентичности будущего врача / Т. В. Малютина, Е. А. Магазева // Системогенез учебной и профессиональной деятельности: матер. VII Международной научно-практической конференции, Ярославль, 20-22 октября 2015 г. — Ярославль: ЯГПУ им. К. Д. Ушинского, 2015. — С. 231-234. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_24781467_94853951.pdf
5. Милехин С. М. Ценностные ориентации молодых врачей как основа эффективной коммуникации в системе «врач-пациент» / С. М. Милехин, Д. П. Дербенев, О. М. Чистякова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: матер. 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции, Тверь, 11 апреля 2019 г. — Тверь: ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, 2019. — С. 169-174. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41197400_66090371.pdf
6. Gennissen L., Stegers-Jager K. et al. Career orientations of medical students: A Q-methodology study. Plos One. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249092>
7. Петрова Н. Г. Мотивация медицинского персонала как важный элемент кадрового менеджмента / Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян // Наука и инновации в медицине. — 2020. — Т. 5. — № 2. DOI: <https://doi.org/10.35693/2500-1388-2020-5-2-105-110>
8. Lee K., Wright S.M. et al. The clinically excellent primary care physician: examples from the published literature. BMC Primary Care. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0569-x>
9. Biglu M.-H., Nateq F. et al. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. Mater Sociomed. 2017. DOI: 10.5455/msm.2017.29.192-195
10. Ferreira-Padilla G., Ferrandez-Anton et al. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? Croatian Medical Journal. DOI: 10.3325/cmj.2015.56.311

Временные показатели проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе

О. Н. Шрамкова, С. А. Скрипкин, Г. А. Иванова, В. К. Кожухова



Ольга Николаевна Шрамкова,
заведующая подстанцией скорой
медицинской помощи № 4,
врач скорой медицинской помощи
КГБУЗ «КССМП»

■ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ КРУПНЫХ ЗНАЧИМЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП КАК В РОССИИ, ТАК И ВО ВСЕМ МИРЕ. К НАСТОЯЩЕМУ ВРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЧНО УДЕРЖИВАЮТ ВТОРОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Современное и эффективное лечение большинства видов БСК является не только социально значимой задачей, но и входит в перечень дорогостоящих высокотехнологических видов медицинской помощи. Смертность от болезней системы кровообращения находится на первом месте в России и составляет около 44 % от всех смертей. В 2020 году смертность от данных болезней составила 640,8 случая на 100 тысяч населения.

На этапе скорой медицинской помощи в городе Красноярске на болезни системы кровообращения приходится около 21,6 % от всех вызовов скорой медицинской помощи. Ежедневно около 237 человек обращается за скорой медицинской помощью с различными нарушениями работы системы кровообращения, при этом у одного-двух пациентов будет диагностирован острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. В период с 2019 по 2021 годы процент пациентов с острым коронарным синдромом относительно всех сердечно-сосудистых заболеваний с 6,9 % повысился до уровня 7,6 %. Приведенные статистические данные говорят о приоритете направления по повышению квалификации специалистов

Рисунок 1.

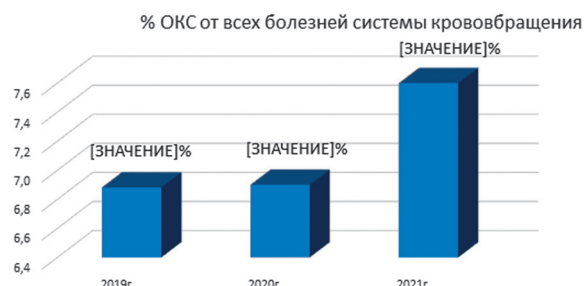


Рисунок 2.



При этом вызовы по ОКС в 52-54 % составляют женщины, в 45-47 % — мужчины.

Пиковый возраст пациентов с ОКС: мужчины — 60-69 лет, женщины — 70-79 лет.

Рисунок 3.



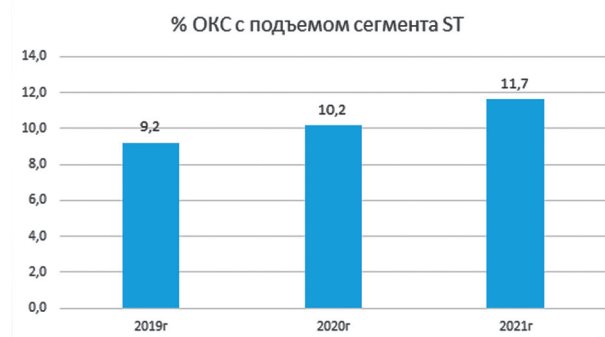
посредством проведения лекций, семинаров, непрерывного медицинского образования по диагностике, тактике лечения пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы.

Инфаркт миокарда, вызванный полной окклюзией коронарной артерии, развивается через 15-30 минут тяжелой ишемии, а при продолжительности окклюзии более 30 минут возникает необратимое повреждение миокарда. Доказано, что скорость восстановления кровотока при окклюзии инфаркт-связанной артерии — основной фактор, определяющий конечный размер инфаркта миокарда и развитие осложнений. Это определяет лечебную тактику при полной окклюзии коронарной артерии — достижение ранней и стойкой реперфузии окклюзированного сосуда, что позволит сохранить миокард или уменьшить распространение зоны некроза и предупредить развитие сердечной недостаточности и электрической нестабильности миокарда, спасти пациента и обеспечить ему более высокое качество жизни после перенесенного заболевания.

Количество случаев острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST за три года увеличилось до 11,7 % от всех вызовов скорой медицинской помощи с острым коронарным синдромом в городе Красноярске.

Согласно Рекомендациям по лечению инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST Европейского кардиологическо-

Рисунок 4.



го общества от 2017 года, при невозможности выполнения ЧКВ в течение 2 часов от момента приезда СП, тромболизис препаратом болюсного введения должен быть начат в течение до 10 минут от момента диагностики ОКС с подъемом сегмента ST, т. е. весь тромболизис при ОКС должен выполняться на догоспитальном этапе. Данное состояние требует быстрого и правильного лечения. Существуют два метода реперфузии миокарда — тромболитическая терапия и ангиопластика с последующим стентированием коронарных артерий. Эти методы на сегодняшний день не являются взаимоисключающими и могут дополнять друг друга. Фармакологическая реперфузия — использование тромболитических препаратов — наиболее простой и быстрый способ восстановления кровотока при инфаркте миокарда. Дополнительную ценность методу придает возможность использования на догоспитальном этапе.

На Красноярской станции скорой медицинской помощи активно используется метод тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST. В качестве препарата выбора врачи используют такой препарат, как «Метализе», «Метализе» (тенектеплаза) — препарат для тромболитической терапии, фибринолитик, рекомбинантный активатор плазминогена, генетически модифицированный. Тенектеплаза связывается с компонентами фибринового тромба и избирательно превращает связанный с тромбом плазминоген в плазмин, который расщепляет фибриновую основу тромба. С 2019 по 2021 год количество проведенных догоспитальных тромболизисов врачами скорой медицинской помощи города Красноярска снизилось

в связи с эпидемической ситуацией в РФ по COVID-19. За три года было проведено 73 тромболизиса, из них в 2019 году — 35, в 2020 году — 18 и в 2021 году — 20 вливаний.

Стоит отметить, что практически две трети пациентов, которым проведен догоспитальный тромболизис, — это мужчины со средним возрастом 60 лет. У женщин, которым проведен догоспитальный тромболизис, средний возраст составляет 67,7 лет. Среднее время от момента начала болевого синдрома

Рисунок 5.

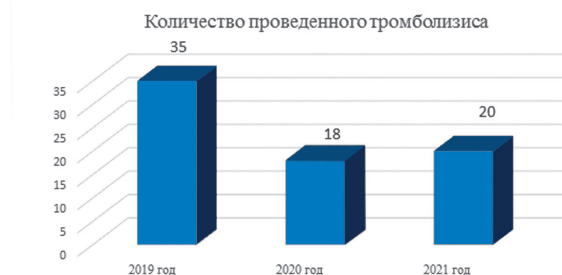


Рисунок 6.



до вызова бригады скорой медицинской помощи составляет 1 час 39 минут в 2019 году, 1 час 27 минут в 2020 году и 1 час 25 минут в 2021 году. Увеличение времени обращения за скорой медицинской помощью от начала болевого синдрома повышает риски развития осложнений и влияет на исход заболевания в целом. Однако время постановки диагноза специализированной бригадой скорой медицинской помощи стабильно не превышает 3 минут от момента первого контакта с пациентом медицинского работника.

Также необходимо отметить, что время от постановки диагноза до начала проведения тромболизиса на этапе скорой медицинской помощи не превышает 10 минут на протяжении последних исследуемых лет. Время транспортировки пациента на следующий этап медицинской помощи составляет от 7 до 15 минут.

Соблюдение временных показателей у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на этапе скорой медицинской помощи является крайне важным критерием качества работы специалистов, а также своевременности оказанной помощи и максимально быстрой доставки пациента на следующий этап оказания медицинской помощи непосредственно влияет на прогноз течения и исход заболевания.

Следует продолжать активную работу по соблюдению временных показателей оказания скорой медицинской помощи, информационно-просветительскую работу среди населения о необходимости скорейшего обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов развития сердечно-сосудистой патологии. ■

Отделение медицинской реабилитации

И. В. Сидорова, А. Г. Арутюнян

■ ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ОТКРЫТОЕ В КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА» 18 НОЯБРЯ 2019 ГОДА, ОТНОСИТСЯ К ЧИСЛУ САМЫХ МОЛОДЫХ И УСПЕШНО РАЗВИВАЮЩИХСЯ В МЕДУЧРЕЖДЕНИИ. МЕТОДИКИ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ, ПОСТАВИЛИ НА НОГИ НЕ ОДНУ СОТНЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ, ТРАВМ И ИНСУЛЬТОВ.

Для больницы скорой медицинской помощи такое отделение давно было необходимо, после лечения пациенты здесь же проходят курс реабилитации. Методики, которые используют реабилитологи, уже поставили на ноги не одну сотню пациентов после операций, травм и инсультов. С первых месяцев работы пациенты высоко оценили важность и нужность медицинской помощи в области реабилитации. Больные не скупятся на добрые слова в адрес медицинских работников — по числу благодарностей отделение находится в числе безусловных лидеров.

Познакомившись поближе с отделением медицинской реабилитации КМКБСМП им. Н. С. Карповича и его возможностями по оказанию медицинской помощи, попробуем разобраться, в чем же секрет успешности коллектива.

Коечный фонд отделения медицинской реабилитации — 30 коек, 10 из них

— для больных, проходящих нейрореабилитацию при заболеваниях центральной и периферической нервной системы; 15 — для пациентов, перенесших травму или операцию на опорно-двигательном аппарате, и 5 — для больных с соматическими заболеваниями.

Отделение оснащено современным медицинским оборудованием. Здесь проходят восстановительное лечение пациенты с поражением центральной и периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы, патологией опорно-двигательного аппарата и пациенты после перенесенной новой коронавирусной инфекции, а также с другими соматическими заболеваниями.

■ В РАБОТЕ КОЛЛЕКТИВА ЕСТЬ ТРИ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧИ:

- Увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов после перенесенных заболеваний центральной и периферической

нервной систем, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, нуждающихся в реабилитации и обладающих реабилитационным потенциалом.

- Уменьшение двигательного дефицита, координаторных нарушений, восстановление утраченных речевых функций, адаптация в быту и к условиям окружающего мира.

- Обучение родственников пациента навыкам ухода, оказание психологической поддержки родственникам и пациентам в период нахождения в отделении.

Для достижения целей реабилитации в отделении применяются все современные методы и подходы к восстановлению утраченных функций, а именно: механотерапия с БОС, кинезиотерапия, эрготерапия, физиотерапия, ботулинотерапия под УЗИ-наavigацией, интерактивные технологии и когнитивная реабилитация с БОС,





индивидуальные занятия с медицинским психологом, индивидуальные занятия с медицинским логопедом, индивидуальные занятия с врачом ЛФК по методу Войта- и Бобат-терапии.

На базе отделения медицинской реабилитации активно ведется научная работа под руководством проф. д. м. н. С. В. Прокопенко и проф. д. м. н. Д. В. Похобова.

■ КАК ОРГАНИЗОВАН ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ

Действуют два порядка госпитализации в отделение медицинской реабилитации: перевод больных из профильных отделений КМКБСМП и плановая госпитализация по направлению из других ЛПУ.

Отбор пациентов для перевода в отделение медицинской реабилитации из профильных отделений

больницы осуществляет заведующий или врачи отделения медицинской реабилитации с учетом реабилитационного потенциала по окончании острого периода заболевания.

Реабилитационную помощь пациентам оказывает мультидисциплинарная бригада в соответствии с разработанной под конкретного пациента индивидуальной программой реабилитации (приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н).

■ НЕПОСРЕДСТВЕННО РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПРОВОДЯТСЯ:

— в палате, где находится пациент, с использованием мобильного оборудования по лечебной физкультуре, по физиотерапии, психотерапии,

рефлексотерапии, мануальной терапии, логопедии;

— в специально оборудованных помещениях: в зале лечебной физкультуры, отделении физиотерапии, кабинетах психотерапии, логопедии, рефлексотерапии, эрготерапии;

— проводится работа с пациентами и их родственниками по предупреждению и коррекции модифицируемых факторов риска сосудистых заболеваний, ведению здорового образа жизни.

■ АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ

В периоде 2019–2021 гг. в отделении медицинской реабилитации получил квалифицированную помощь 991 пациент с различными патологиями со стороны центральной и периферической нервной системы, заболеваниями опорно-двигательного





аппарата и с соматическими заболеваниями (кардиореабилитация, состояния перенесенной новой коронавирусной инфекции).

За прошедшие годы (с 2019 года) средний койко-день пребывания в отделении снизился до 10,4 дней, что является положительным фактором с точки зрения медицинской экономики, с увеличением оборота койки, учитывая ее занятость.

В 2020 году пролечено 284 больных. Достаточно низкий показатель был обусловлен недостаточным коечным фондом (20 коек вместо 30), а также началом пандемии, в результате чего отделение временно неоднократно приостанавливало свою работу в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, приостановлением плановой госпитализации.

В 2021 году фиксируется стабильный рост числа пролеченных пациентов по сравнению с 2020 годом. Рост обусловлен увеличением коечного фонда до 30 койко-мест, оптимизацией работы отделения и стационара в условиях пандемии, оснащением отделения современным высокотехнологичным оборудованием, что послужило повышению эффективности реабилитационных мероприятий и тем самым увеличению оборота койко-места.

■ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ВОЗРАСТУ И ПОЛУ

Возрастно-половая характеристика пациентов отделения медицинской реабилитации за три года была без существенных колебаний. По данным статистики, преобладают возрастные группы: от 60-70 лет, старше 70, от 50-60 лет. Это объясняется тем, что распространенность в общей популяции острых сосудистых заболеваний и заболеваний ОДА выше именно

Профиль	2019 год	2020 год	2021 год
Реабилитация пациентов с патологией ЦНС	10 (32 %)	81 (29 %)	189 (26 %)
Реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и ПНС	15 (46 %)	157 (55 %)	436 (60 %)
Реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (кардиореабилитация, после перенесенной новой коронавирусной инфекции)	7 (22 %)	46 (16 %)	92 (14 %)
Всего пациентов	32	284	717

в вышеперечисленных возрастных группах. Во всех возрастных группах преобладает госпитализация пациентов женского пола, что, вероятно, связано с несколькими факторами: большей продолжительностью жизни у женщин и большей приверженностью к восстановительному лечению у лиц женского пола.

■ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В таблице представлены показатели за 2019-2021 гг. в зависимости от профиля пациентов.

За все проанализированные годы превалирует профиль пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА). Соотношение профилей пациентов по группам заболеваний сохраняется примерно одинаковым на протяжении всех трех лет. Данную закономерность можно объяснить особенностями распространенности данных заболеваний в общей популяции населения.

■ КОЛЛЕКТИВ, УВЛЕЧЕННЫЙ ОБЩИМ ДЕЛОМ

Успешность лечения заболевания и последующей реабилитации зависит от многих составляющих, в их числе качество медицинской помощи и желание пациента вернуть прежнее качество жизни, а значит, побороть болезнь. Попадая в отделение реабилитации, где царит аура положитель-

ного настроения, добра, здорового юмора и общего стремления к успешности занятий по реабилитации, пациент понимает, что он не одинок, рядом врачи, готовые поддержать и словом, и делом — связка «врач — пациент» работает показательно с высоким результатом. В отделении реабилитации под руководством Артема Гагиковича Арутюняна трудится молодой, энергичный, увлеченный делом коллектив. В отделении работают 7 врачей, 10 специалистов со средним медицинским образованием, 5 сотрудников младшего медицинского персонала и 5 человек, относящихся к вспомогательному персоналу.

Правилом хорошего тона в отделении является стремление к повышению уровня профессионального мастерства и компетенций. При различных заболеваниях нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматических заболеваниях уже на ранних сроках специалистами применяются современные высокотехнологичные методики реабилитации. Здесь уверены, если пациент знаком с природой и профилактикой своего заболевания, а также понимает, что рядом всегда находятся близкие и надежные люди, ему легче победить болезнь. В этом и есть секрет успешности дела, которому беззаветно служит коллектив отделения медицинской реабилитации КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича». ■



ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

Администрация КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» обращает внимание!

Оказание платных медицинских услуг не уменьшает доступность медицинской помощи всем нуждающимся в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Красноярске. Платные медицинские услуги оказываются на основании законодательства РФ в объеме лицензий на медицинскую деятельность, полученных в установленном порядке, в том числе:

- оказание платных медицинских услуг сверх программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- предоставление медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

Любой пациент может получить в нашей больнице высококвалифицированную медицинскую помощь на платной основе. Сохраняя высокое качество медицинского обслуживания, мы стремимся увеличить доступность медицинской помощи для наших пациентов.

Платные услуги с применением самых современных технологий и с использованием новейшего медицинского оборудования, которым располагает наша больница, оказываются в большинстве отделений. Для этого необходимо заключить договор на оказание необходимых медицинских услуг: консультации специалистов, диагностики, амбулаторно-поликлинических, стационарных услуг.

Договоры на оказание платных медицинских услуг заключаются как с юридическими, так и с физическими лицами. По выбору пациента платные медицинские услуги могут быть предоставлены в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде разовых консультаций, процедур, диагностических исследований (в том числе МРТ, КТ, УЗИ и т. д.) и иных услуг, в том числе сверх стандартов оказания медицинской помощи.

Платные медицинские услуги предоставляются на основании согласованного с министерством здравоохранения Красноярского края перечня и утвержденного главным врачом больницы прейскуранта.

Все ЦЕНЫ, указанные на сайте <http://bsmp.sibmedport.ru/> приведены как справочная информация и **не являются публичной офертой**, определяемой положениями статьи 437 Гражданского кодекса Российской Федерации и могут быть изменены в любое время без предупреждения.

Администратор платных услуг

Запись осуществляется по телефону
+7 (391) 286-69-58

Понедельник – пятница с 8.00 до 16.00;
суббота, воскресенье – выходные.

<http://bsmp.sibmedport.ru>

Восстановление нарушенных или утраченных функций речи вследствие перенесенного инсульта

С. В. Юхименко, психолог-консультант, нейропсихолог



Светлана Владимировна Юхименко,
психолог-консультант, нейропсихолог

Для обеспечения полноценного взаимодействия в структуре единой мультидисциплинарной бригады нейропсихологу отводится важная роль по стимулированию пациента к речевой активности и общей коммуникабельности.

По согласованию с лечащим врачом период восстановления нужно начинать чем раньше, тем лучше, не продолжительные занятия будут полезными даже в отделении реанимации. Нейропсихолог самостоятельно в зависимости от состояния пациента определяет продолжительность урока и упражнения, а также в случае необходимости вносит изменения в программу.

Восстановление речи рекомендуется проводить в унисон с приемом специальных лекарственных средств (ноотропов). Период занятий — 20-45 минут, зависит от состояния больного. В случае нежелания больного заниматься период урока может быть сокращен до 5-10 минут. Частота занятий зависит от степени нарушения речи, а также индивидуального желания пациента.

Если есть встречный интерес, занятия могут быть более частыми и продолжительными, а также иметь продолжение в виде самостоятельной домашней работы.

■ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ИНСУЛЬТА, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИМЕРНО 40-50 % ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ В ФОРМЕ АФАЗИЙ И ДИЗАРТРИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПАТОЛОГИЕЙ ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ.

■ ЗНАКОМСТВО С ПАЦИЕНТОМ

На этапе знакомства с пациентом нейропсихолог выясняет степень четкости произношения, присутствует ли в речи заикание, есть ли застревание в произношении некоторых звуков, присутствует ли предрасположенность к замене звуков, оценивает возможности пациента в запоминании слов, употреблении словоформ не к месту, составлении логико-грамматических конструкций. На основании полученных данных составляется индивидуальная программа реабилитации, основанная на комплексе упражнений для восстановления речи после перенесенного инсульта. Для достижения эффективности реабилитационного процесса в программе могут содержаться рекомендации о задействовании других специалистов.

■ ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

Нейропсихолог знакомится с пациентом, обращается к нему, вовлекает в процесс общения. Оценивает самочувствие больного, использует короткие вопросы. Слова старается произносить медленно, удерживая зрительный контакт. Лучше, если вопрос будет содержать не только ответ, но и мотивацию к действию. К примеру: «Вам удобно лежать, может, вы присядете для более удобного общения?»

■ РАБОТА С КАРТОЧКАМИ

Нейропсихолог показывает пациенту карточки с изображением привычных предметов или объектов, а пациент должен назвать их. Далее нейропсихолог просит пациента выбрать правильное название среди предложенных вариантов. Далее переходит на демонстрацию фотографий известных лиц, просит

пациента называть, кто изображен. Далее следует занятие на узнавание букв и цифр. Карточки с изображением букв и цифр раскладываются в хаотичном порядке, пациент называет буквы и цифры.

■ ТРЕНИРОВКА ВНИМАНИЯ

Далее следует урок на тренировку умения пациента использовать слова из заданного вопроса. Пациенту предлагается составлять ответ из слов заданного вопроса. В большинстве случаев при амнестической афазии больной может справиться с поставленной задачей, а также продолжить описательную часть действия. Может расставить слова в алфавитном порядке, помнит последовательность дней недели, месяцев, помнить и пытается поделиться описанием случаев из жизни.

■ ТРЕНИРОВКА РЕЧИ

В этом случае можно попросить пациента воспроизвести тот или иной устоявшийся в памяти ряд в обратном порядке, что более сложно для больного. Хорошим приемом для восстановления речи при отсутствии нарушений со стороны навыков чтения и письма является работа с текстом. Нейропсихолог просит пациента медленно прочитать слова, словосочетания, предложения, абзацы. Далее задает наводящие вопросы, просит пояснить смысл прочитанного, сделать краткий или максимально полный пересказ.

■ ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ.

Пациент: И*** И***И***, мужчина, 70 лет, первичный диагноз: инсульт, период нахождения в больнице 21 день, диагноз при выписке: очаговое повреждение левого полушария головного мозга, амнестическая афазия.

■ ОПИСАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Нейропсихолог: ИИ, вы любите рыбалку? Ответьте на вопрос, используя слова из вопроса.

ИИ: Я люблю рыбалку.

Нейропсихолог: Какая рыбалка запомнилась?

ИИ: Помню, как я поймал большую рыбу.

Нейропсихолог: Вы обрадовались или удивились?

ИИ: Я обрадовался.

Нейропсихолог: Расскажите об этом дне.

ИИ: День был теплый, улов хороший.

Нейропсихолог: Из скольких рыб состоял ваш улов?

ИИ: Я поймал трех хариусов и одну щуку, а сосед — две щуки

Нейропсихолог: Чья щука была больше?

ИИ: Моя.

Пациент охотно вступает в диалог, может использовать слова вопроса в ответе, помнит сюжеты из жизни, в речи использует прилагательные, помнит порядковый счет, оперирует понятиями «большой-маленький».

■ ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

На втором этапе лечения занятия становятся более сложными. Ведется работа над воссозданием связей между словами, образами, исправляются нарушения номинации, внутренней речи, проводится тренировка по построению устойчивых речевых конструкций, самостоятельному построению фраз с применением второстепенных членов предложений. Занятия с картинками становятся более сложными. К примеру, пациенту предлагается выбрать из нескольких предложенных вариантов правильное название изображенного объекта, рассказать о нем, просят схематично изобразить (цветок ромашка, где растет, есть ли у вас на даче, любите ли вы ромашку, вспомните случай с ромашкой, нарисуйте ромашку). Усложняются задания с составлением ответа с использованием слов из вопроса. Предлагается воспроизвести сюжет (Вам нравится апельсиновый сок? Мне нравится апельсиновый сок, потому что он полезный, вкусный, в нем много витаминов, его цвет похож на лучи солнца и т. д.). Задачу можно усложнить, предложив несколько слов, которые пациент должен обязательно использовать в своем описании. Уделяется внимание работе с ритмом речи, интонацией.

■ ОПИСАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Нейропсихолог: ИИ, какой сок вам нравится? (варианты ответа: апельсиновый, яблочный, персиковый, разные).

ИИ: Я люблю апельсиновый сок.

Нейропсихолог: Почему апельсиновый, вам нравится его вкус?

ИИ: Апельсины похожи на солнце, в них много витаминов.

Нейропсихолог: Опишите апельсин.

ИИ: Апельсин как солнце, яркий и теплый.

Нейропсихолог: Какой цвет у апельсина?

ИИ: Оранжевый.

Нейропсихолог: Вы делали сок из апельсина?

ИИ: Да.

Нейропсихолог: Сколько апельсинов нужно, чтобы получить стакан сока?

ИИ: Один большой или два маленьких.

Пациент может использовать слова вопроса в ответе, дает описание предмету, дает сравнительную характеристику, использует прилагательные, помнит порядковый счет, оперирует понятиями «большой — маленький».

В работе с составлением развернутого ответа, пересказом или составлением текста пациенту предлагается обозначить план ответа. Этот прием на первом этапе применения предполагает использование картинок-подсказок. Работа в этом направлении может иметь продолжение в виде написания текстов под диктовку и самостоятельно, чтения и пересказа написанного. Работа над пониманием и восстановлением контроля речи предполагает серию приемов, направленных на конструирование и воспроизведение эталонных конструкций речи, их классификацию, а также сортировку слов по назначению. Пациенту предлагается встраивать в речь опорные слова определенного пространственного значения, а также предлогов и союзов. Проводится работа, направленная на усиление понимания смысловой задачи слов, знаний и практики счета с использованием заданий разного уровня сложности. Работа по устранению и профилактике артикуляционных дефектов строится на основе методик, корректирующих темп, ритм, интонацию речи, вербализацию действий на основе

восстановления привычных артикуляционных укладов. В результате пациент должен четко называть буквы и цифры, выполнять звуковой и буквенный анализ, читать, анализировать, пересказывать, а возможно, и цитировать наизусть предложенный текст. Параллельно, если это потребуется, проводится работа по восстановлению письменных навыков.

■ ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ

Восстановить речь и другие коммуникативные навыки после перенесенного инсульта требует времени и усилий лечащего врача и пациента. Эффект будет лучше при включении в процесс нейропсихолога, логопеда, а также родственников. Рекомендации лечащего врача, нейропсихолога, направленные на закрепление достигнутых результатов, следует выполнять с учетом следующих правил. Нарушение речи не должно восприниматься в кругу семьи как психическое отклонение. Нужно всячески стараться вовлекать родственника, находящегося в стадии реабилитации после инсульта, в разговор, при этом не важно, насколько членораздельно он отвечает, — главное восстановить и закрепить потребность в общении. Отказ от общения может негативно сказаться на процессе восстановления организма в целом и речевых функций в частности. Эффективным приемом является семейный просмотр любимых телевизионных программ, художественных и документальных фильмов, прослушивание музыкальных произведений, песен, подпевание любимым мелодиям, обсуждение увиденного или услышанного. Нельзя прерывать занятия или ругать родственника за лень, в случае если он не хочет заниматься. Занятия должны проходить и заканчиваться на позитиве, что создает хороший психологический настрой, способствует уверенности пациента в собственных успехах и выздоровлении в целом. ■

■ ПРОГРАММА ЗАНЯТИЙ НА 7 ДНЕЙ (НЕДЕЛЮ)

Занятие 1 (понедельник). Составление речевого ряда по порядку от 1 до 10 (числа, имена, предметы). Проговаривание протяжное, пациент должен слышать, понимать и отличать звуки. Договаривание пословиц и поговорок: «Поспешишь — людей ...», отгадывание загадок.

Занятие 2 (вторник). Предложить больному игру в шашки с целью поднятия настроения и проявления спонтанной речевой активности («Ура!», «Ого!», «Вот тебе!»). Речь становится не предметом занятия, а фоном.

Занятие 3 (среда). Акцент на главные и второстепенные члены предложения. «За окном зима. Зима (какая?)». Хорошо подойдут картинки с изображением природы, зимних улиц. Можно попросить составить небольшой рассказ, к примеру о новогоднем празднике. ...

Занятие 4 (четверг). Подбор слов. Нейропсихолог называет существительное, пациент подбирает к слову несколько глаголов: снег (что делает?) Далее несколько прилагательных снег (какой?).

Занятие 5 (пятница). Сочетание устной и письменной речи. Нейропсихолог называет слово, пациент слушает, как слово звучит, произносит, записывает, делает схематичный рисунок, вспоминает историю из жизни, связанную с этим словом, рассказывает. ...

Занятие 6 (суббота). Работа, направленная на увеличение словарного запаса. Работа со словами сопровождается демонстрацией картинок. При легкой форме нарушения речи предлагается изменение слов по падежам, а также подбор словарного ряда по смыслу, к примеру перечисление предметов в комнате, называть предметы на заданную букву, перечислить название цветов, деревьев и пр.

Занятие 7 (воскресенье). Договаривание предложений, когда предложение заканчивается словом, не требующим длительного обдумывания (Наступила осень, листья стали ...), далее ролями можно поменяться, попросить пациента придумать несколько предложений, чтобы нейропсихолог договорил слово. Далее попросить составить описательный текст в свободной форме по желанию пациента.

Организация передвижных мобильных пунктов скорой медицинской помощи в городе Красноярске

В. К. Кожухова, С. А. Скрипкин, Г. А. Иванова



Вероника Константиновна Кожухова, заместитель главного врача по контролю качества оказания скорой медицинской помощи и клинико-экспертной работе КГБУЗ «КССМП»

Порядок оказания скорой, в том числе специализированной скорой медицинской помощи закреплен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 388-н от 20.06.2013 «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Одним из основных требований и качественных показателей оказания скорой медицинской помощи является время прибытия бригады скорой медицинской помощи, особенно на вызовы

■ ПРАВО НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАКРЕПЛЕНО В КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПОЛУЧИТЬ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ЛЮБОЙ ЧЕЛОВЕК, НАХОДЯЩИЙСЯ НА ТЕРРИТОРИИ НАШЕЙ СТРАНЫ.

в экстренной форме. Ведь экстренные вызовы скорой медицинской помощи — это вызовы к пациентам с жизнеугрожающими состояниями, время от момента обращения до момента прибытия бригады к пациенту не должно превышать 20 минут.

Красноярск — один из крупнейших городов России, крупнейший образовательный, культурный, экономический и промышленный центр Восточной Сибири. Население города на 1 января 2022 года составляет 1 103 023 человека, город расположен на обоих берегах Енисея на стыке Западно-Сибирской равнины, Среднесибирского плоскогорья и Саянских гор, в котловине, образованной самыми северными отрогами Восточного Саяна. С запада на восток протяженность города составляет (по кратчайшему маршруту вдоль улиц) около 41 километра, с севера на юг — почти 37 километров. В условиях географического положения, протяженности города, особенностей застройки улиц города и урбанизации Красноярского края, остро встает вопрос о доступности скорой медицинской помощи для жителей города, а следовательно, соблюдении

нормативов прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Согласно анализу вызовов скорой медицинской помощи в отдаленные микрорайоны города, такие как район микрорайона Мясокомбината в Октябрьском районе города, микрорайон Солнечный, микрорайон Взлетка и ул. Караульная в Советском районе и район ул. Красноярский рабочий в Кировском районе показал тенденцию к росту количества вызовов в удаленных районах как в экстренной, так и в неотложной форме, вне зависимости от передачи вызовов в неотложной форме в территориальные поликлиники города (рисунок № 1).

Наибольший рост отмечен в неотложных вызовах в микрорайоне Мясокомбинат в экстренной и неотложной форме на 16,7 % и 23,8 %. А также рост количества в Советском районе: микрорайон Солнечный — на 5,9 % и 9,04 %, микрорайон Взлетка и ул. Караульная — на 6,03 % и 12,73 %. Стоит также отметить, что соотношение экстренных и неотложных вызовов в данных удаленных микрорайонах составляет 56 % экстренных вызовов с необходимостью прибытия скорой медицинской



помощи от момента приема вызова до места вызова не более 20 минут.

Также имеется тенденция к увеличению среднего времени прибытия бригад скорой медицинской помощи на экстренные вызовы в отдаленные микрорайоны (см. рисунок № 2).

Время прибытия бригады скорой медицинской помощи в отдаленные районы на начало 2021 года составляло в Октябрьском районе (микрорайон Мясокомбинат) 14,2 минуты, в Советском районе (микрорайон Солнечный) 14,1 минуты, в Кировском районе (пр. им. газеты «Красноярский рабочий») 11,6 минуты, Советский район (микрорайон Взлетка и ул. Караульная) — 12,1 минуты и в Свердловском районе (микрорайон Пашенный) 10,6 минуты.

Учитывая динамику роста количества вызовов и увеличения времени прибытия на вызовы связанное с количеством вызовов и дорожной обстановкой, появилась необходимость в создании пунктов временного пребывания бригад скорой медицинской помощи для сохранения доступности медицинской помощи для жителей города Красноярск.

Согласно пункту 2 перечня поручений губернатора Красноярского края по итогам посещения подстанции № 5 КГБУЗ «КССМП» от 27.04.2021 № 8 ГП, которым поручено: «Министерству здравоохранения Красноярского края совместно с администрацией Красноярск обсудить пять передвижных пунктов для бригад скорой медицинской помощи с целью обеспечения выполнения временного норматива прибытия бригад скорой медицинской помощи до пациентов, проживающих в интенсивно застраиваемых и отдаленных микрорайонах города. Три из пяти указанных пунктов обустроить в 2021 году». На основании поручения губернатора Красноярского края, исходя из рекомендованных нормативов (1 бригада скорой медицинской помощи на 10 тыс. вызовов) и количества вызовов в микрорайоны, необходимо было следующее распределение бригад скорой медицинской помощи в пунктах временного пребывания: 1 бригада в микрорайоне Мясокомбинат, 2 бригады в микрорайоне Солнечный, 1 бригада — пр. им. газеты «Красноярский рабочий» и 2 бригады в микрорайоне Пашенный. В микрорайоне Взлетка и ул. Караульная требуется 2 бригады. Итого 8 бригад скорой медицинской помощи. В ходе проведенных совещаний было решено организовать три первых передвижных мобильных пункта скорой медицинской помощи на улице Судостроительной, улице Норильской и в микрорайоне Солнечном.

По результатам анализа времени прибытия на место вызова от времени

Рисунок 1.

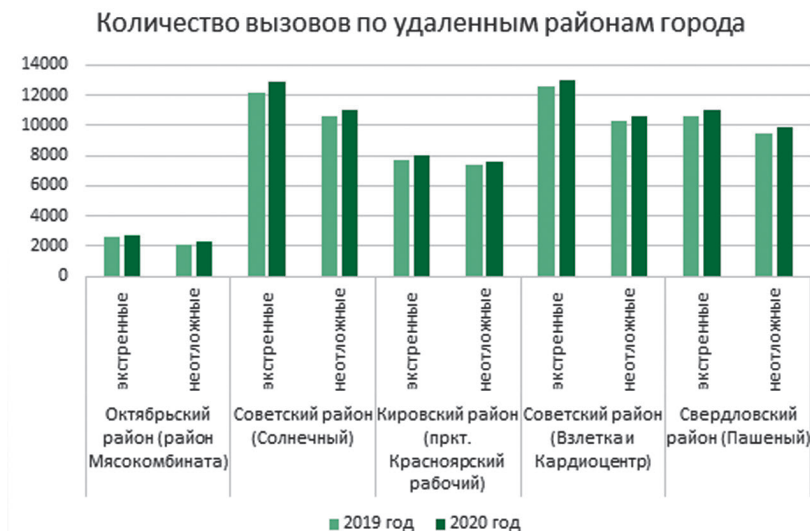


Рисунок 2.

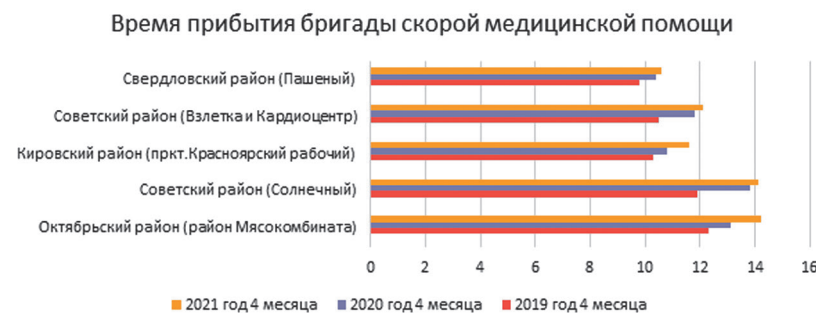
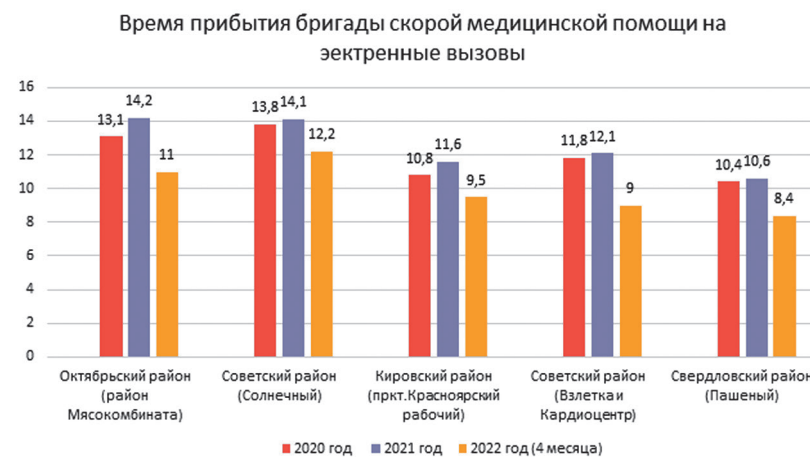


Рисунок 3.



обращения за скорой медицинской помощью в отдаленные районы города Красноярск отмечено уменьшение среднего времени прибытия на экстренные вызовы скорой медицинской помощи (см. рисунок № 3). После открытия мобильных пунктов скорой медпомощи среднее время прибытия в отдаленные районы города снизилось

на 19,9 %, за счет чего доступность скорой медицинской помощи для жителей города увеличилась, упростилось соблюдение федеральных нормативов прибытия, уменьшение времени от момента вызова до первого контакта с пациентом также влияет на качество оказываемой медицинской помощи населению города Красноярск. ■

Репродуктивный выбор

В. В. Андреева, Т. А. Шагеев, Л. С. Хальзова
КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»



Виктория Владимировна Андреева,
психолог КГБУЗ «КМКБ № 4»

На базе больницы работает 5 гинекологических отделений, Центр здоровья семьи и репродукции, а также дневной стационар и отделение платных медицинских услуг, куда женщины могут обратиться за помощью в самых разных ситуациях — от гинекологических проблем и бесплодия до нежелательной беременности.

Сегодня мы рассмотрим ситуацию репродуктивного выбора. Незапланированная беременность — это кризисное состояние, которое можно сравнить с разводом, потерей работы, с любой чрезвычайной ситуацией. Это особое эмоциональное состояние, когда происходит что-то неожиданное, и человек часто реагирует на происходящее страхом, поскольку его жизнь резко меняется. Как правило, в случае известия о такой ситуации женщина испытывает растерянность, а зачастую тревогу, панику, вину и беспомощность. Причины, толкающие женщин на аборт, самые разные. Кто-то решается на аборт

■ С 1986 ГОДА КГБУЗ «КРАСНОЯРСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4» ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ОКАЗЫВАЕТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПО РАЗНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ.

по причине молодости, т. к. надо учиться и строить карьеру. Иногда из-за испорченных отношений с партнером, а иногда жена, поссорившись с мужем, решает прервать беременность, даже не попытавшись с ним помириться. Бывает и по причине других планов, например, планируется переезд или ожидается повышение на работе. Очень часто у женщины нет поддержки в такой ситуации, а близкие говорят: «Решай сама». Или оказывают давление. Женщина в такой ситуации оказывается в тяжелом эмоциональном состоянии.

На основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 1130 н от 20.10.2020 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» каждая пациентка, обратившаяся в КГБУЗ «КМКБ №4» для прерывания беременности, должна получить консультацию психолога.

Основная проблема консультирования таких женщин, заключается в том, что, как правило, они не являются истинными клиентами, они не мотивированы. Женщину к психологу направляет врач. И всем своим видом, и поведением на консультации она выражает протест, иногда враждебность, и даже демонстративный отказ обсуждать свое решение. «Зачем мне психолог? Я уже все решила, а вы будете меня уговаривать», «Я очень спешу, мне надо на работу, за ребенком...», «Поставьте мне быстренько отметку, что мы поговорили, и я пойду. Я все равно

уже все решила!» Это малая часть того, что слышит психолог от женщин, пришедших на консультацию. Как показывает практика, никогда не бывает единственной проблемы, решение прервать беременность — это верхушка айсберга. Таким образом, для многих женщин неожиданная беременность оказывается просто незапланированным фактом. Задача психолога заключается не в том, чтобы отговорить «вырезать ненужный факт», а в том, чтобы женщина сама поняла причину и мотив своего решения, который в ситуации стресса сложно определить верно. Иногда только на консультации женщина честно признается себе в том, что является истинной причиной аборта.

Есть особенности консультирования женщины, планирующей прервать беременность:

- доброжелательность;
- нейтральная позиция психолога, без оценок моральных и религиозных ценностей женщины;
- сохранение беременности любой ценой не является неременной задачей консультирования;
- информирование женщины о возможных психологических последствиях, возможности прохождения реабилитации.

Консультация состоит из нескольких этапов:

- установление контакта и подстройка;
- сбор первичной информации (анамнез);



Таблица 1. Количество обратившихся на консультацию психолога

	2019	2020	2021
Всего обратившихся по поводу нежелательной беременности	349	383	362
Взято на учет по беременности	36	43	43

Рисунок 1. Удельный вес изменивших решение



- работа с прояснениями причин;
- поиск ресурса, работа с причинами;
- проверка (осталось ли еще что-то, что необходимо обсудить?);
- завершение — прощение.

В процессе консультации происходит экологичное реагирование и снятие отрицательных эмоций (страх, тревога, беспокойство). Тогда уже возможно вместе рассматривать жизненную ситуацию, и возможно выделение истинных причин, послуживших основанием для решения прерывания беременности, необходимость разобраться в них и помочь найти пути их решения. Перевести выбор в ранг осознанности и тем самым к готовности принять ответственность за свои решения и страхи, а также сформировать доверие к себе, уверенность найти точки опоры и ресурсные состояния, увидеть более реальную картину своего настоящего и будущего, часто искаженную страхом и тревогой.

И, конечно, к каждой женщине необходим индивидуальный подход в зависимости от причин, толкающих к такому непростому выбору.

При решении этих задач используются методы семейной терапии (при проблемах в отношениях с супругом и родственниками), личностно ориентированной терапии (экзистенциальной и когнитивно-поведенческой терапии), возможно использование символ-драмы, а также методы арт-терапии, метафорические ассоциативные карты и др.

Задачей психолога является преодоление естественного сопротивления и установка контакта с женщиной, помощь в снижении градуса негативных эмоций: страха, тревоги, напряженности. Тогда уже возможно вместе рассматривать жизненную ситуацию, выявить истинную причину, искать внутренние

и внешние ресурсы для преодоления жизненных трудностей. После разбора жизненной ситуации выявляется первопричина, которая приводит женщину к этому решению.

Ранние аборт, тем более первые, могут раз и навсегда поставить крест на будущем материнстве. Кроме того, какой бы метод прерывания беременности женщина ни выбрала, всегда существует риск осложнений. У женщин может возникнуть постабортный синдром, саморазрушающее поведение, нарушаются межличностные отношения с близкими или окружающими людьми и т. д.

На основании информационных материалов министерства здравоохранения Красноярского края выявление причин прерывания беременности по желанию женщины осуществляется путем анкетирования, в результате которого 61 % женщин указывают на неудовлетворенность своим финансовым положением, 21 % женщин не устраивают жилищные условия, 21 % женщин отмечают нестабильность отношений с отцом ребенка. Среди остальных причин прерывания беременности были названы: желание жить для себя, давление со стороны близких, другие планы.

Ежегодно в России совершается более полумиллиона абортов, однако ежегодно их число снижается. Стойкую тенденцию

к снижению абсолютного числа прерывания беременности во всех возрастных группах женщин обеспечивает системная и целенаправленная работа по профилактике абортов и сохранению репродуктивного здоровья населения.

За консультацией психолога в ситуации репродуктивного выбора в КГБУЗ «КМКБ № 4» Центр здоровья семьи и репродукции в период с 2019 по 2021 гг. обратилась 1094 женщина.

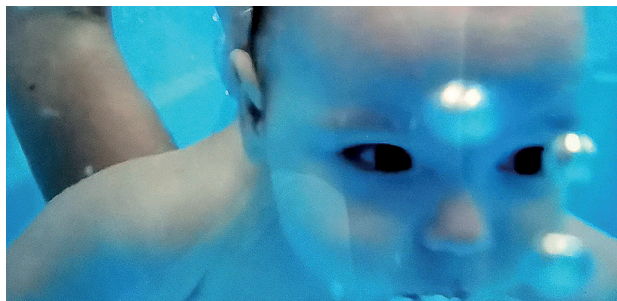
По итогу консультации 122 женщины приняли решение сохранить беременность, что в свою очередь пополнило общую статистику сохраненных беременностей и способствовало повышению демографических показателей в Красноярском крае.

Статистика трех лет работы психологической службы в Центре здоровья семьи и репродукции КГБУЗ «КМКБ № 4» показывает положительную динамику и рост удельного веса женщин, изменивших свое решение после посещения психолога и решивших сохранить беременность с 10,3 % до 11,6 %.

Работа психологов с женщинами позитивно сказывается на демографии, так как проблемы, из-за которых принимается решение о прерывании беременности, в ряде случаев оказываются решаемыми, а часть будущих мам на самом деле ждут зарождения будущего ребенка. ■

Список литературы:

1. Есипова Н. Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов [Электронный ресурс]: <http://www.sm.cnsr.ru/ru/methodiks/Metodicheskieiorganizatsionnieaspektikonsultirovaniyapoproblemeabortov/> Москва, 2008.
2. Консультирование в ситуации репродуктивного выбора. [Электронный ресурс]: <https://pericentr.ru/article/1068/Красноярск, 2019.>
3. Подари мне жизнь! [Электронный ресурс]: <http://nov-pravda.ru/news/podari-mne-zhizn/Новомосковская правда — электрон. газ. — 2019.>
4. Смирнова Е. А. Что нужно женщине, которая «уже все решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. — М.: 2013 — 128 с.



Особенности проведения первичной специализированной и периодической аккредитации специалистов со средним медицинским образованием в 2022 году

О. С. Янута, Т. Г. Момот, КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского



Оксана Святославовна Янута,
руководитель симуляционно-аккредитационного Центра КГБПОУ КБМК
им. В. М. Крутовского

Первичной специализированной аккредитации (ПСА) будут подлежать специалисты, прошедшие обучение по циклам профессиональной переподготовки или не работавшие по своей специальности более 5 лет.

■ ЭТАПЫ ТЕСТИРОВАНИЯ

С 1 июня 2022 года тестирование, то есть 1-й этап, в рамках первичной специализированной аккредитации будет включать не 60, как сейчас, а 80 тестов. Время на выполнение заданий не изменится, 60 минут. Сообщается, что дополнительные тестовые задания могут включать оценку знаний по диагностике, лечению и профилактике COVID-19, правилам оказания гражданам первой и первой доврачебной медицинской помощи, знаниям нормативного правового регулирования отрасли здравоохранения. Число тестов, заданий, задач, а также время на их выполнение будет определяться Методическим центром аккредитации. Изменились и критерии оценивания практических заданий: оценка «сдано» будет выставляться за не менее чем за 70 % правильных ответов. Появился запрет на подачу документов для

■ НОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, УТВЕРЖДЕННОЕ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 22.11.2021 № 1081НС 1 МАРТА 2022 Г. ВСТУПИЛО В СИЛУ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО ДОКУМЕНТА 1 ГОД.

прохождения аккредитации по одной и той же специальности в несколько аккредитационных подкомиссий.

На каждый этап первичной специализированной аккредитации отводится 3 попытки. Заявление о повторном прохождении этапа подается в течение двух рабочих дней со дня размещения протокола заседания аккредитационной подкомиссии (п. 98).

Стоит напомнить, что приказ Минздрава России от 23.12.2021 № 1179н позволяет до 01.07.2022 неаккредитованным специалистам осуществлять медицинскую / фармацевтическую деятельность на основании документов об образовании и квалификации.

Также с 1 октября 2021 года вступили в силу изменения в ФЗ № 323-ФЗ, согласно которым основанием допуска к работе является не наличие бумажного свидетельства об аккредитации, а факт прохождения аккредитации, зафиксированный в Федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) ЕГИСЗ. Это призвано в том числе позволить специалистам трудоустроиваться (а уже работающим не испытывать проблем с продолжением трудовой деятельности) сразу после успешного прохождения аккредитации — работодатели имеют право получать информацию об этом из ФРМР. Таким образом, получать документ о прохождении аккредитации не обязательно. При этом в законе сохранена возможность выдачи бумажных свидетельств об аккредитации, а также выписок о прохождении аккредитации (они имеют одинаковую юридическую силу), что будет реализовываться в заявительном порядке. Регламенты их получения также утверждены приказом Минздрава России от 22.11.2021 № 1082н (п. 97).

Периодическая аккредитация — это подтверждение профессионального уровня, которое медицинский работник обязан проходить каждые пять лет. По новому приказу 1081н периодическая аккредитация, как и раньше, будет проходить в 2022 году в один этап. Специалисту никуда не придется ехать очно, сдавать экзамены, показывать практические навыки и решать тестовые задачи. Требование одно: подготовить отчет о проделанной работе и портфолио.

Чтобы сформировать портфолио, необходимо выполнить несколько действий, в частности пройти циклы повышения квалификации, которые медресисты проходили и раньше. Длительность циклов повышения квалификации регламентирована на пять лет в целом. Нет требований о том, сколько часов специалист должен учиться в каждый отдельный год.

Новый приказ 1081н предполагает два варианта набора баллов.

Вариант 1: 144 часа за все 5 лет вы набираете только циклами повышения квалификации, как и раньше делали для получения сертификата.

Вариант 2: вы набираете 74 часа на циклах повышения квалификации в любой последовательности — одним циклом, тремя циклами, как угодно. А оставшиеся 70 баллов, недостающих до 144 часов, добываете на конференциях, вебинарах, электронных модулях, которые размещены на портале edu.rosminzdrav.ru. Чтобы вам засчитали часы обучения, конференции и вебинары должны пройти аккредитацию в системе НМО.

Минздрав создал Федеральный аккредитационный центр на базе РМА-ПО. Чтобы узнать, принята ли ваша

заявка, звоните по телефону службы поддержки: +7 (495) 680-05-99, доб. 900, пн-пт 09:00–17:45.

Закладывайте 2-4 месяца на всю процедуру периодической аккредитации. Это время уйдет на то, чтобы ваши документы поступили в ФАЦ и прошли обработку. Возможно, по итогам первой проверки вам понадобится внести в свои документы изменения и дополнения, а затем отправить их повторно.

Обязательное условие для медработника, который проходит периодическую аккредитацию: стаж по аккредитуемой специальности в течение последних 5 лет, с момента получения предыдущего сертификата, хотя бы в объеме 0,1 ставки. Если специалист не работал по специальности 5 лет или больше, ему придется проходить снова первичную аккредитацию.

■ ОТПРАВЛЯЕМ ДОКУМЕНТЫ

Средний медицинский персонал подает документы по адресу: 107564 Москва, ул. Лосиноостровская, д. 2.

Выслать пакет документов можно несколькими способами:

1. почтовым отправлением;
2. лично или через представителя на основании доверенности привезти в аккредитационный центр;
3. электронной почтой можно было выслать только до конца 2021 года.

С 2022 года этот способ отменен. Вместо него документы в электронном виде можно подать через Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников.

В 55-м пункте нового приказа 1081н собрали список документов, которые необходимо предоставить в федеральный аккредитационный центр для периодической аккредитации специалиста:

1. Заявление о допуске к периодической аккредитации специалиста (рекомендуемый образец — приложение № 4 к Положению).
2. Копия документа, удостоверяющего личность.
3. Копия документа, подтверждающего факт изменения ФИО (в случае изменения).
4. Портфолио за последние 5 лет со дня получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста по соответствующей специальности (п. 83 Положения).
5. Копия сертификата специалиста (при наличии) и / или сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии).
6. Копии документов об образовании и о квалификации.
7. Копии документов о квалификации, подтверждающие повышение или присвоение квалификации по



результатам дополнительного профессионального образования (профессиональной переподготовки), при наличии.

8. Копии документов о квалификации, подтверждающие сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период.

9. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством РФ о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

10. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (СНИЛС).

Распространенная ошибка — неправильное заполнение поля «специальность» в заявлении и отчете. Перед тем как отправить документы,

сверьтесь с номенклатурой специальностей Минздрава (приказ 700н 2015 года и 176н 2008 года). Ошибка в единственной строке может стать причиной отказа.

Требования к портфолио для периодической аккредитации в 2022 году не поменялись.

■ ПОРТФОЛИО ВКЛЮЧАЕТ

Для работающих в медицинских организациях специалистов:

1. отчет о профессиональной деятельности (результаты работы в соответствии с выполняемой трудовой функцией за отчетный период);
2. сведения об освоении программ повышения квалификации;
3. мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности (при наличии такового, п. 84 Положения).

Отчет о профессиональной деятельности согласовывается руководителем



(уполномоченным / заместителем) организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, и заверяется печатью указанной организации (при наличии) либо к нему прилагается мотивированный отказ в его согласовании, подписанный руководителем / заместителем организации.

В портфолио включается несогласованный отчет о профессиональной деятельности по последнему месту работы аккредитуемого, если на момент представления документов аккредитуемый является:

1. временно не работающим;
2. индивидуальным предпринимателем;
3. руководителем медицинской или фармацевтической организации.

Варианты включения сведений об освоении программ повышения квалификации (далее — ПК) и сведений об обучении на интернет-портале, сведений о количестве часов, необходимых для успешного прохождения аккредитации в 2022 году:

1. суммарное время освоения программы ПК составляет не менее 144 часов в результате освоения одной или нескольких программ ПК, или суммарное время не менее 144 часов, из которых освоение программы ПК составляет не менее 74 часов;
2. сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале НМО (без учета программы / программ ПК).

Аккредитационная комиссия должна дать заключение по результатам оценки портфолио в течение 15 рабочих дней с даты регистрации пакета документов, которые прислал медицинский работник. Оценка портфолио — это «сдано» или «не сдано».

Если комиссия не приняла ваши документы, вам дадут возможность исправить ошибки и пройти процедуру

повторно. Аккредитационная комиссия обязана сообщить о причине, по которой у него отказались принимать документы. Это требование есть и в действующем приказе 786н, и в новом приказе 1081н от 22 ноября 2021.

По результатам прохождения аккредитации формируется итоговый протокол с решением о признании аккредитуемого прошедшим или не прошедшим аккредитацию специалиста. Копия итогового протокола размещается на официальном сайте федеральных аккредитационных центров.

Сведения о лицах, признанных прошедшими аккредитацию специалиста, вносятся Министерством здравоохранения Российской Федерации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в рамках ведения персонифицированного учета лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности (ЕГИСЗ).

По заявлению лица, прошедшего аккредитацию специалиста, ему выдается выписка о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения указанным лицом аккредитации специалиста, и (или) свидетельство об аккредитации специалиста на бумажном носителе в соответствии с порядками их выдачи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии со статьей 69 Федерального закона № 323-ФЗ.

Если вы все сделали правильно и ваши документы одобрили, в Федеральном реестре медицинских и фармацевтических работников (ФРМР) появятся отметка, что вы прошли периодическую аккредитацию, и новый срок действия допуска к работе. Бумажное свидетельство в 2022 году оформляется на основании данных о прохождении

лицом аккредитации специалиста, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, выдается Министерством здравоохранения Российской Федерации и подписывается уполномоченным лицом Министерства здравоохранения Российской Федерации по заявлению лица, признанного аккредитационной комиссией прошедшим аккредитацию специалиста.

■ ВЫВОД

Аккредитация врачей в 2022 году предполагает:

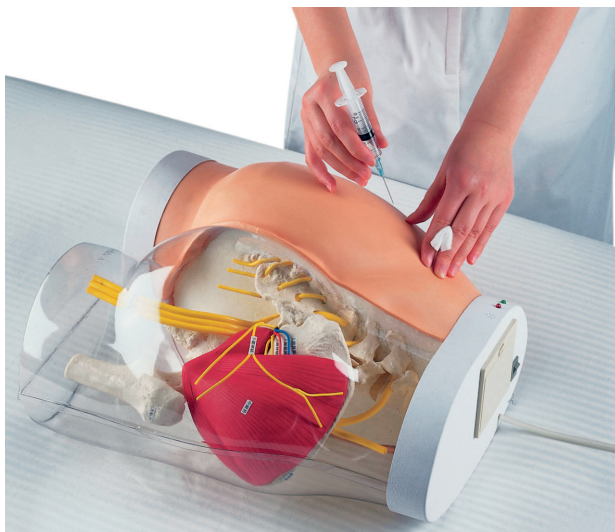
1. медицинские работники, которым предстоит проходить аккредитацию до 1 марта 2023 года, могут ограничиться 144 часами обычных курсов повышения квалификации, которые и проходили ранее;

2. сейчас в законодательстве понятия «баллов» или «зет» нет. Есть понятие «часы», и за курсы повышения квалификации врачам начисляют исключительно «часы»;

3. вы сами можете выбирать себе тот образовательный цикл, который вам интересен, слушать тех спикеров, который вам интересны. Перед обучением на курсах не забудьте убедиться, что организатор входит в число тех, кто имеет право оказывать услуги врачам по дополнительному образованию. Проверить это можно в ФРДО — Федеральном реестре сведений документов об образовании;

4. отчет о профдеятельности, портфолио и заявление — главные документы, которые надо подготовить специалисту для аккредитации как минимум за два месяца до окончания срока действия сертификата.

В 2021 году в КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского создан Симуляционно-аккредитационный центр (далее САЦ) с целью подготовки высококвалифицированных специалистов со



средним специальным медицинским образованием по утвержденным специальностям и формированию у них (в том числе в симуляционных условиях) практических навыков и умений, адекватных своевременных эффективных действий в стандартных, экстренных и нестандартных ситуациях при организации и оказании медицинской помощи, а также в связи с внедрением аккредитации специалистов с медицинским образованием.

САЦ обеспечивает возможность лицам, обучающимся в колледже (студентам, слушателям и иным категориям граждан), осваивать и совершенствовать практические навыки (умения), формировать опыт деятельности оказания медицинской помощи с использованием симуляционных образовательных технологий; предоставлять условия подготовки к первичной и первичной специализированной аккредитации, а также обеспечивает проведение практического этапа аккредитации по всем специальностям и реализуемым программам отделения дополнительного профессионального образования.

Одной из главных задач Симуляционно-аккредитационного центра является проведение второго этапа первичной и первичной специализированной аккредитации. Помимо основных специальностей (лечебное дело, сестринское дело, стоматология ортопедическая) в САЦ реализуется первичная специализированная аккредитация еще по 11 специальностям.

КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского имеет большой опыт по проведению аккредитации специалистов со средним медицинским образованием. Первичная аккредитация проводится на базе колледжа с 2018 года, аккредитовано более 1500 выпускников по специальностям лечебное

дело, сестринское дело, стоматология ортопедическая.

Первичная специализированная аккредитация на площадках симуляционно-аккредитационного центра в КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского проводится с июня 2021 года. Аккредитовано 23 потока, это 214 курсантов по таким специальностям, как лечебное дело, сестринское дело, рентгенология, анестезиология и реаниматология, сестринское дело в педиатрии, сестринское дело в косметологии, медицинский массаж, скорая и неотложная помощь, лечебная физкультура, функциональная диагностика.

В колледже организована первичная специализированная аккредитация не только для курсантов отделения дополнительного профессионального образования, которые прошли обучение по циклам профессиональной переподготовки непосредственно в КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского, но и для курсантов сторонних образовательных организаций. Так, за период от начала проведения первичной специализированной аккредитации на базе Симуляционно-аккредитационного центра в КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского прошли аккредитацию курсанты из АНО ДПО «Академия медицинского образования» (г. Москва), ГАУ ДНО «ЦДО» (г. Липецк), Центр ДОП (г. Абакан),

Хакасский государственный университет (г. Абакан), АНО ДПО «СИНМО» (г. Новосибирск), Институт ДО «Медэксперт» (г. Красноярск), ООО Академия медицинского образования «Призвание» (г. Красноярск), ООО «КАЛИПСО» (г. Красноярск), КГБОУДПО «Красноярский краевой центр медицинского образования» (г. Красноярск).

Также специалисты КГБПОУ КБМК им. В. М. Крутовского уже имеют опыт в проведении периодической аккредитации. В марте 2022 года успешно прошли аккредитацию медицинские работники по специальности сестринское дело.

В перспективе планируется дальнейшее оснащение кабинетов САЦ и аккредитационных площадок современным симуляционным оборудованием для поддержания необходимых профессиональных практических навыков и компетенций специалистов со средним медицинским образованием с помощью инновационных технологий обучения, основанных на моделировании клинических и иных ситуаций, максимально приближенных к реальным условиям.

Планируется расширение числа специальностей, по которым будет проводиться первичная специализированная аккредитация.

Приглашаем к сотрудничеству представителей медицинской отрасли! ■

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ МЗ РФ № 20н от 21.01.2022 «Об особенностях проведения аккредитации специалистов».
3. Приказ МЗ РФ № 1082н от 22.11.2021 «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в ЕГИС в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалистов».
4. Приказ МЗ РФ № 1081н от 22.11.2021 «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».



Токсикологическому отделению КМКБСМП 40 лет

И. В. Сидорова

■ ЕДИНСТВЕННОМУ В КРАЕ ОТДЕЛЕНИЮ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА ИСПОЛНИЛОСЬ 40 ЛЕТ.

В соответствии с приказом Минздрава СССР от 06.05.1980 № 475 «Об улучшении стационарной специализированной медицинской помощи при острых отравлениях» 12 мая 1982 года на базе ГБСМП было создано токсикологическое отделение на 30 коек. Возглавил новое отделение Владимир Михайлович Брюханов (прим. ред. БСМП №15),

ставший первым его заведующим.

Все 40 лет круглосуточно персонал отделения оказывает специализированную медицинскую помощь больным с острыми отравлениями лекарственными препаратами; алкоголем; различными химическими веществами, используемыми в быту, на производстве, в сельском хозяйстве; ядами растительного и животного

происхождения; токсинами грибов. Учитывая, что отделение данного профиля единственное в крае, врачи-токсикологи оказывают консультативную помощь коллегам из других больниц края. Если требуется, по линии санавиации в отделение доставляют пациентов, которым необходимо лечение в условиях токсикологического отделения. Многие





сотрудники являются членами токсико-терапевтической бригады Регионального центра медицины катастроф.

Госпитализации и лечению подлежат пострадавшие от отравлений химическими веществами жители города и края с 10 лет.

Сегодня в отделении 25 коек, из них 6 реанимационных. В коллективе 43 человека, 9 из которых врачи. Для оказания помощи больным имеется все необходимое, врачами применяются современные методы детоксикации, позволяющие оказывать помощь пострадавшим в максимально короткие сроки для исключения тяжелых последствий отравлений.

Неоднократно отделение участвовало в оказании помощи пострадавшим в массовых отравлениях, случившихся как в быту, так и на производстве. Последнее резонансное массовое отравление произошло в Красноярске в 2015 году, тогда

персонал буквально жил в отделении, оказывая помощь отравившимся метанолом.

В разные годы в отделении трудились врачи Владимир Михайлович Брюханов, Андрей Юрьевич Шумбасов, Надежда Павловна Руднева, Ирина Леонидовна Поссельт, Алексей Георгиевич Криштоп, Сергей Викторович Коваленко, Сергей Васильевич Гребенников, Наталья Григорьевна Филина, психиатр Закий Галиевич Гимранов, медицинские сестры Нина Юрьевна Васильева, Марина Анатольевна Сальникова, Наталья

Павловна Свиная. В настоящее время отделение возглавляет Татьяна Геннадьевна Шиврина.

В условиях пандемии в составе бригад персонал отделения был задействован в оказании помощи больным COVID-19.

Отделение является базовым для кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ. ■

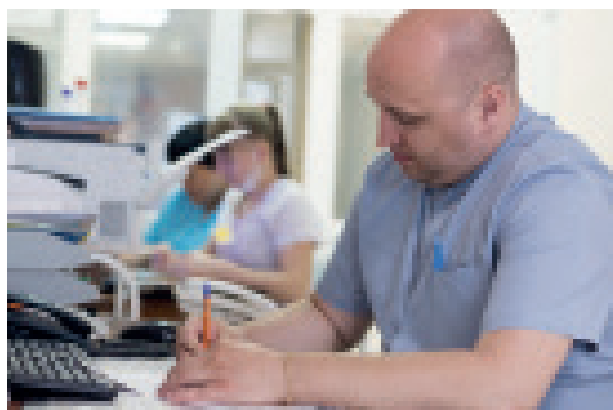
■ ОТ ДУШИ ПОЗДРАВЛЯЕМ КОЛЛЕГ!

40 ЛЕТ — это значимый период с конкретными этапами, людьми и делами.

Это время, когда уже сложились свои традиции и подводятся итоги.

Каждый день из этих 40 лет — это здоровье и жизни пациентов, которые были сохранены благодаря вашему профессионализму.

Желаем вам дальнейших профессиональных успехов, оптимизма, новых свершений и уверенности в завтрашнем дне.



Слова благодарности



■ ЕЖЕГОДНО В ТРЕТЬЕ ВОСКРЕСЕНЬЕ ИЮНЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПРАЗДНИК ВСЕХ, КТО ДАВАЛ КЛЯТВУ ГИППОКРАТА, – ВРАЧЕЙ, МЕДСЕСТЕР, ФЕЛДШЕРОВ, ЧЬИМ ОБЩИМ ЖЕЛАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ. ОТ ВСЕЙ ДУШИ ПОЗДРАВЛЯЕМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОТРАСЛИ С ПРАЗДНИКОМ И ГОВОРИМ СПАСИБО ЗА ИХ САМООТВЕРЖЕННЫЙ ТРУД.

Уважаемый Сергей Васильевич!

20 марта 2022 года, по скорой, меня доставили в приемное отделение КМКБСМП. Осмотр и лечение проводил, работающий под Вашим руководством, врач-травматолог Юшков Павел Михайлович.

От всей души выражаю сердечную благодарность Павлу Михайловичу за доброжелательность, внимательное отношение, терпение и моральную поддержку пациентов. А за уместный юмор и хорошее настроение – отдельное спасибо!

Желаю всему Вашему коллективу крепкого здоровья, долголетия и всех благ!

С уважением, Жанна Александровна Ш

21.03.2022



— 25 апреля 2022 года меня привезли по скорой в отделение нейрохирургии КГБУЗ «КМКБСМП имени Н.С. Карповича». Как же я рада, что попала именно в эту клинику и доверилась прекрасным докторам. В приемном покое меня принимал доктор Дмитрий Николаевич Непомнящий, видя мое критическое состояние, все оформил оперативно, а далее неоднократно в течение ночи подходил и справлялся о моем самочувствии. От всей души хочу поблагодарить моего лечащего врача Александра Юрьевича Бобрикова, благодаря его знаниям я быстро пошла на поправку. Отметить его сердечность, внимательность, умение оказать поддержку перед операцией. Очень чуткий человек. Огромное спасибо и низкий поклон докторам и всей операционной бригаде, оперировавшей меня. Настоящие профессионалы своего дела.

Невозможно описать счастье, когда после наркоза я почувствовала свои здоровые руки и ноги, светлую голову. Сейчас восстанавливаюсь и просто радуюсь жизни. Выражаю огромную благодарность заведующему отделением Владимиру Александровичу Кувеко, от умения которого держать все под контролем зависит успешная работа всего отделения, где меня не только вылечили физически, но и напутствовали морально.

Уважаемые врачи и медицинские сестры отделению нейрохирургии КГБУЗ «КМКБСМП имени Н. С. Карповича» г. Красноярск, спасибо за трудолюбие и преданность медицине! Долгих профессиональных лет и поставьте на ноги еще многие тысячи людей. Ваша пациентка

Е. П. Ларикова, город Красноярск

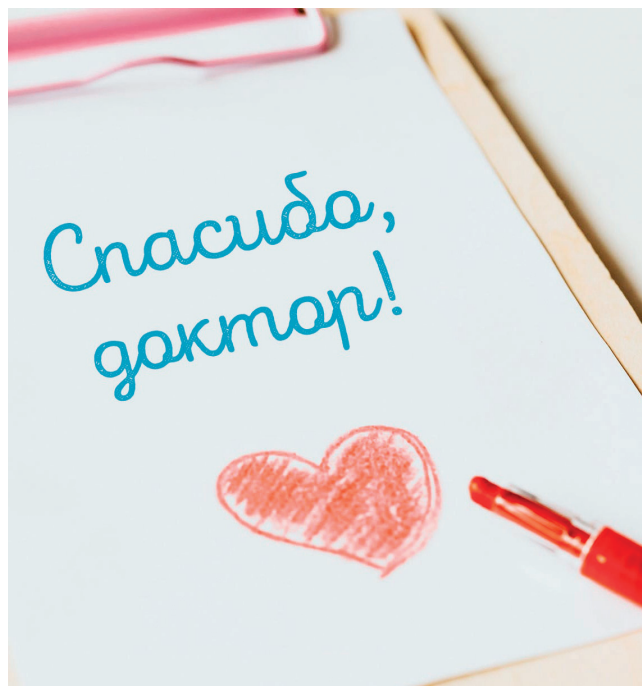
— Выражаю благодарность персоналу отделения медицинской реабилитации БСМП. Меня зовут Валентина Никитична П., 67 лет, я живу в п. Стрелка г. Лесосибирска. В декабре 2021 года я переболела коронавирусной инфекцией, после двухнедельного лечения в госпитале меня выписали, но ненадолго, стали отниматься руки и ноги, и вот я в неврологическом отделении БСМП, диагностировали синдром Гийена-Барре. Болезнь прогрессировала, мышцы ослабли до такой степени, что я не могла держать даже ложку, чтобы покушать, не говоря о том, чтобы встать на ноги, об этом я стала только мечтать. Постоянные боли, невозможность встать, себя обслуживать, приводили в такое отчаяние, что трудно даже подобрать слова. Получив медикаментозное лечение, на инвалидном кресле я выписалась, с последующим курсом реабилитации. Я стала раздумывать, стоит ехать или нет, отчаяние, что я не смогу восстановиться, шли впереди меня. Но, настроившись, я решила, что надо ехать, мои дети, все в том же инвалидном кресле, привезли меня в отделение. Долго ждать не пришлось, практически сразу после того как я сообщила о своем приезде в отделение, за мной пришли сотрудники, это приятно удивило, затем медсестра, увозя меня, сказала моим детям, которые оставались на выходе: «Ну что вы так переживаете, вы же привезли ее в царское отделение». А я вообще была в замешательстве, хотя с первой минуты стала понимать, что я действительно попала в «царское отделение». Я знаю, о чем говорю, и мне есть с чем сравнивать! С первого дня в реабилитационном отделении со мной начали работать, использовали различные современные тренажеры для мышц верхних и нижних конечностей, которые я видела только по телевизору, четко, дозированно мне увеличивали или уменьшали нагрузку, следили чтобы не было переутомления, но и не давали мне расслабиться.

Ну а теперь самое главное — это человеческие качества и отношение всего персонала к людям. Это поразило меня больше всего: врачи, медсестры, психолог, инструктора, санитары — все вежливые, все объяснят, расскажут, помогут, терпеливо отнесутся ко всем ситуациям, понимая, что работают с лежащими больными, у которых нервы на пределе.

Через две недели случилось чудо: я встала на ноги и смогла почувствовать землю под ногами. Это чувство не передать словами, были слезы, но слезы радости, что все-таки не все потеряно и я буду ходить. Инструктора продолжали свою работу, и когда я по коридору сделала свои первые шаги, персонал вышел в коридор и все стали хлопать, это говорит о том, что у каждого в этом отделении есть даже не желание, а какое-то профессиональное неудержимое стремление поднять человека на ноги, увидеть результат своей работы. Вот теперь я дома, продолжаю работать над собой, выполняю рекомендации инструкторов, и теперь есть надежда полного восстановления.

Особо отмечу профессионализм и внимательное отношение к пациентам заведующего отделением реабилитации Артема Гагиковича Арутюняна, который твердо сказал мне: «Пока не встанете на ноги, не отпустим». Врач присутствовал практически на всех моих занятиях, обсуждал нагрузку. Также внимательно Артем Гагикович относился ко всем пациентам отделения. Ему удалось набрать и сплотить замечательный коллектив, в числе которого Евгений Павлович Шевцов, врач ЛФК, Юрий Леонтьевич Барбашов, инструктор ЛФК и другие специалисты. Я очень благодарна Евгению Павловичу и Юрию Леонтьевичу, которые научили меня правильно выполнять упражнения, чтобы добиться результата. Марии Андреевне Маевской, хрупкой девушке, легко справляющейся с поистине мужскими нагрузками, находясь рядом с пациентами каждую минуту. У меня большой вес, что совсем не испугало девушку. Мой лечащий врач-невролог Юлия Павловна Машковская, профессионал с большой буквы. Всем низкий поклон! Дай Бог здоровья вам и вашим близким и пожелания, чтобы отделение реабилитации держало свою марку, это жизненно важное отделение, которое дает шанс не существовать, а жить дальше!

— Андрей Валерьевич, здравствуйте, это Аня К., Женина мама, у Жени все хорошо, Слава Богу, глаза встали место, косоглазия нет, врачи проверили, только зрение не очень. Ездит на велосипеде, уже может подтянуться один раз на турнике, начали заниматься уроками, учителя занимаются с ним индивидуально, формулы кое-какие забыл, но главное, что все понимает и получается все, Уважаемые врачи, спасибо Вам огромное, За Ваши добрые сердца, за внимательность, за Ваши золотые руки. Благодарю Бога, за то, что он послал нам таких замечательных специалистов. Обязательно выберем время и приедем в гости. Мы Вас очень любим, ценим и бесконечно благодарим. Передайте, пожалуйста, огромный привет Ларисе, у нас нет ее номера телефона.



— Я лежала в пультма-2, в 513-й палате. Огромное спасибо доктору Елене Викторовне, а также медсестрам и санитарочкам. В отделении очень чисто, персонал заботливый, уважительный. Особенно хочу отметить медицинскую сестру Катю в желтом колпаке, очень внимательную, спокойную и рассудительную девушку. В отделении говорили, что она врач, но пока работает медицинской сестрой, желаю ей больших профессиональных успехов. Понравилась работа студента Данила, высокого белесого парня, из которого выйдет настоящий доктор. И главное спасибо руководителю этого отделения за его правильное руководство. Меня выписали 31 декабря.

Я Г... Л. Н.

— В конце декабря мы с мужем были госпитализированы в БСМП с диагнозом Ковид-19 в 3-ю пульмонологию. Лечащим врачом был Павел Валерьевич Ольшевский. Врача отличает профессионализм, доброжелательное отношение к пациентам и стремление победить недуг. Хочется еще отметить его внимательное отношение к родственникам больных, что так важно, особенно когда родные лишены возможности видеться с больными родными. Выражаем огромную благодарность врачу П. В. Ольшевскому за его добросердечность и преданность делу. Большое спасибо и низкий поклон всему медицинскому персоналу 3-й пульмонологии за их нелегкий труд, внимание, терпение и доброту. Дай им Бог всем здоровья. Мы уже выписаны, находимся дома. Еще раз большое спасибо!

Обращение с портала kraszdav.ru

Дата подачи: 28.03.2022 13:19:51

Заявитель: Частное лицо

Фамилия заявителя: I

Имя, отчество заявителя: Наталия

Почтовый адрес заявителя: а

Способ получения заявителем ответа: В форме электронного документа по электронной почте заявителя

Email заявителя: b@mail.ru Номер телефона заявителя:



Тема сообщения: Благодарность врачам за их мастерство и человеческое отношение!

Текст сообщения: =====

Добрый день. 04 марта 2022г. в КГБУЗ "КМКБСМП им. Карповича" мне была проведена операция. Хочу выразить огромную благодарность Рентгенохирургу Чикиневу Роману Юрьевичу, операционной сестре Хлыновской Екатерине Владимировне, Анастезиологу Юшковой Анастасии Васильевне, мед.сестре Мухортовой Светлане Владимировне, врачу акушер-гинекологу Цыганковой Н.Ю.и Заведующему отделением Ермошкину Олегу Александровичу.

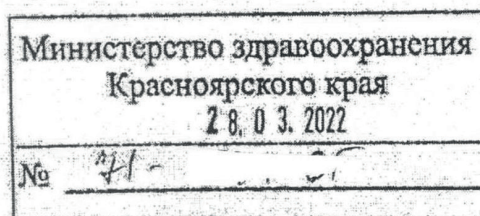
Операция прошла успешно, на всех этапах: подготовка, сама операция, послеоперационный период мне объясняли, как все пройдет, какие будут последствия. Уверенность, чуткость и доброжелательное отношение всего медицинского персонала вызывает восхищение! Такой поток пациентов ежедневно через них проходит и ведь все разные, а умудряются каждому и внимание уделить, и подбодрить по-человечески.

Олег Александрович, еще на этапе подготовки к операции вселил такую уверенность, что даже мысли не возникло искать какие-то другие варианты, пошла на операцию только из-за этой надежды, что он вселил в меня.

Роман Юрьевич встретился со мной за день до операции, объяснил, как точно будет проходить сама операция, поэтому даже страха не было, только доверие опытному врачу, в послеоперационный период заходил, интересовался процессом реабилитации, перед выпиской зашел, рассказал как долго будет проходить процесс заживления, на что нужно обращать внимание, поэтому я могла полностью контролировать весь послеоперационный период. Благодаря врачам чувствую себя отлично, подруге посоветовала обратиться к этим докторам!!!

=====

Я даю согласие на обработку персональных данных: да



#СпасибоВрачам

Хочу сказать огромное спасибо сотрудникам отделения гинекологии. Потрясающий врач, добрая и понимающая женщина Инга Олеговна Ульянова! Этот врач заслуживает высших похвал, грамотная, понимающая, аккуратная, принимала меня в приёмном покое, так счастлива, что попала в ее Смену! Огромное ей спасибо за проявленные терпение и заботу ее команде медсестре и санитарочке так же спасибо за поддержку и терпение по отношению к такому неравному и капризному пациенту как я. Так же хочу отметить работу врачей Эповой Анны и Чалкова Романа так же грамотные, спокойные и очень чуткие доктора. Мед сестры в отдании просто чудо, без исключения все! Проявляют искреннюю заботу о нас, пациентах.



— Очень прошу Вас выразить благодарность всему коллективу гинекологического отделения БСМП. Находилась там на оперативном лечении с 18.01.2022 по 25.01.2022. Пожалуйста, пусть каждый специалист этого замечательного коллектива услышит слова нашей благодарности!

Столько негатива сейчас льется на докторов, медсестер и прочих медперсонал, а я столкнулась со слаженной работой всего отделения, начиная от врачей и заканчивая буфетчицей, приносящей еду нам в палаты (очень милая женщина, за каждого переживает, покушал ли, не голодный ли...). Везде чистота, палаты моют дважды в день, санитарочки бегают, выносят утки, подмывают, белье меняют, успокаивают. Регулярно работают рециркуляторы. Ежедневные частые обходы врачей, всегда на посту медсестры, кто-то строгий, кто-то более мягкий, но все профессионалы. Переживают за твои вены, налаженный стул после операции, нормальное питание... Пожалуйста, пусть не обижаются те, кого я не отмечу, пишу про всех, кого смогла запомнить, прочитайте на бэйджах. Поток больных просто невероятный и это при том, что отделение делит помещение с сосудисто-хирургическим отделением. Все гинекологическое отделение отдано под ковид. Люди выполняют свою работу хорошо в любых условиях. Только успевают оперировать, выхаживать, выписывать и опять принимать новых.

Начну с младшего медперсонала, поскольку их ведь многих даже не знаешь, как зовут. Врачей есть возможность все-таки, на сайтах найти. А эти просто бойцы невидимого фронта.

Ирина Викторовна Баннова — медсестра, которая встретила меня на посту. Терпеливо все рассказала, что меня ждет, спра-

зу отправила на нужные обследования. От ее степенного расклада становится спокойнее, и ты сразу как-то собираешься «в кучу», как говорится.

Галина Васильевна Андреева — перевязочная медсестра, с ней ничего не страшно, всегда успокоит, развеет страхи. В ее руках — как в материнских.

Юлия Станиславовна Сапожникова — санитарочка, которая, отправляя на операцию, всегда найдет нужные слова, чтобы успокоить, уложит на эту каталку, а после операции проконтролирует, хорошо ли заправлена постель, есть ли утка. В лице Юлии Станиславовны выражаю огромную благодарность каждой санитарочке, работающей в БСМП...

Анжелика Васильевна (не знаю фамилии) — медсестра, спокойная, милая, обо всем понятно расскажет, успокоит.

Ирина — молоденькая медсестра с красивейшей косой (к сожалению, фамилию не узнала), такая милая девочка, работает с чувством, с толком, с расстановкой, очень профессионально, несмотря на молодость.

Татьяна Александровна Макаренко — гениальный хирург, слышит все пожелания и страхи пациентов, проводит операции с минимальными потерями для женского организма. Женщины очень доверяют этому врачу, любят и ценят ее профессионализм.

Наталья Юрьевна Цыганкова — хрупкая, совсем молоденькая, очень подробно и терпеливо отвечает на все самые невероятные вопросы, продолжая делать это и в процессе лечения.

Софья Самсоновна Додашвили — оперирующий гинеколог, лечащий врач в палате, где я лежала, строгая, но знающая ответы на все вопросы, тоже с бесконечных операций бежит к больным в палату.

Андрей Иванович Чебураков — оперирующий гинеколог, оперирует и оперирует девочек, экстренно попавших с внематочными, с кистами, а потом бежит к ним, проверяет, хорошо ли укрыты, есть ли дискомфорт, подбадривает, говорит о том, что впереди их ждет счастье материнства, предлагает свой телефон, чтобы побеседовать с родственниками... Успевают и на плановый обход.

Альфия Сергеевна Прохоренкова — оперирующий гинеколог, один раз мне посчастливилось попасть и на ее тщательный обход. Очень строгий и внимательный врач.

Александра Дмитриевна Верескунова — анестезиолог. Степенная, неторопливая, от нее так и веет спокойствием. Перед наркозом я слышала ее спокойный ровный голос, и мне было совсем не страшно. После операции тоже идет к своим пациентам на осмотр, уточняет, все ли хорошо. Отмечу, что у меня был неудачный опыт встречи с наркозом, поэтому я очень боялась, но все прошло хорошо.

Олег Александрович Ермошкин — заведующий отделением, присутствует на каждом осмотре в смотровом кабинете вместе с лечащим врачом.

А еще много-много медицинских специалистов, которых я даже не видела, но все они как члены большого и дружного коллектива БСМП заботились об улучшении моего здоровья. Дорогие наши врачи, медсестры и другой медицинский персонал, примите самые искренние слова благодарности и низкий земной поклон за ваш такой нелегкий, но очень необходимый людям труд.

С уважением, Алла Геннадьевна



МЕДСИНТЕЗ



АНАЛИЗАТОР ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛУОРИМЕТРИИ МОДУЛЬНОЙ СЕРИИ UN



- Уникальное комплексное решение для автоматизации процесса анализа мочи.
- Исследование нативной мочи, не проходившей какую-либо предварительную обработку, предотвращает возникновение ошибок, присущих микроскопическому анализу мочевого осадка.
- Полная автоматизация повышает производительность (вашей) лаборатории, предоставляя лаборанту время для работы над другими задачами.

BA400 АВТОМАТИЧЕСКИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР



- Полная автономность.
- 88 охлаждаемых позиций с возможностью считывания штрих-кода.
- 135 позиций для образцов, контролей и стандартов, подходящих и для первичных, и для педиатрических пробирок, 90 из них с возможностью считывания штрих-кода.
- Вместительные емкости для моющего раствора и отходов, обеспечивающие 8 часов непрерывной работы без наполнения/слива жидкости.
- Автоматическая подача воды/сброс отходов, встроенные резервуары для жидкости, легкая адаптация под потребности лаборатории.
- Инновационная оптическая система, базирующаяся на линии мощных светодиодных монохроматических излучателей с восемью рабочими длинами волн, которые охватывают наиболее востребованные методики рутинной и специальной биохимии.

АВТОМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР IH-500



- Автономность;
- Непрерывная загрузка;
- Сенсорный экран;
- Активный мониторинг контроля качества;
- Управление отходами;
- Произвольный доступ;
- Обработка срочных образцов;
- 7-дневное хранение реактивов на борту;
- Автономный стол (опционально);
- Индивидуальное вскрытие микропробирок.

ООО «МедСинтез»
ул. Весны, 3, пом. 230
тел. +7 (391) 226-64-16
e-mail: medsintes@medsintes.ru
www.medsintes.ru