

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;
- измерение 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,
bsmp24.rф

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

ПАРТНЕР ПРОЕКТА:



ИЗДАТЕЛЬ:

RENOME
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.
Май 2025 г.

За содержание рекламных материалов
редакция ответственности не несет

Поздравление министра здравоохранения Красноярского края	4
Новости	6
Два клинических случая хирургического лечения редкого перелома-вывиха C1-C2 позвонков	10
Хроническая аневризма левого желудочка — одна из причин гипердиагностики острого инфаркта миокарда	15
Случай лечения наследственной коагулопатии	18
Клинический случай впервые выявленной аутоиммунной гемолитической анемии с внесосудистым гемолизом у пациентки 80 лет	20
Клинический случай передозировки сартанами у пациента с феохромоцитомой	24
Практический опыт работы отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в условиях многопрофильного стационара КГБУЗ «КМКБСМ им. Н. С. Карповича»	26
Клинический опыт лечения пациента с посттравматической назальной ликвореей как следствие боевой минно-взрывной травмы	29
Проникающее слепое осколочное ранение позвоночного канала с компрессией спинного мозга на уровне грудного отдела позвоночника	32
Сравнительный анализ показателей брака компонентов донорской крови на этапе заготовки за 2020–2024 гг.	35
Клинический случай. Гигантская ложная аневризма задней большеберцовой артерии после минно-взрывного ранения	40
Отделение реанимации и интенсивной терапии № 3	42
Стартовый опыт применения диализа в отделении анестезиологии и реанима- ции № 2 Ачинской межрайонной больницы для пациентов с ОКС и ИБС	44
Наставничество как эффективный механизм адаптации	46
Игра в настоящую медицину	50
Профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей: опыт КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»	54
Стратегии поведения в конфликте	57
Сердечно благодарим	60



Журнал БСМП в электронном варианте

КОРПОРАТИВНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

Редакторская коллегия



Главный редактор:

С. В. Гребенников,
главный врач
КГБУЗ
«КМКБСМП им.
Н. С. Карповича»

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках очередной выпуск корпоративного издания БСМП, подготовленный коллективом больницы совместно с коллегами из других медицинских учреждений.

В своих статьях авторы описывают сложные клинические случаи, делятся профессиональными знаниями, опытом, способствуя повышению качества оказания медицинской помощи пациентам.

На страницах журнала представлены не только интересные наблюдения, но и уникальные подходы к решению медицинских задач врачей разных специальностей.

Мы гордимся достижениями коллег и каждого из наших сотрудников! Читайте, узнавайте новое, делитесь впечатлениями! Надеемся, что представленные материалы помогут вам не только оставаться в центре актуальных отраслевых событий, но и принимать более обоснованные решения в вашей медицинской практике.

От всей души поздравляю с профессиональным праздником — Днем медицинского работника! Пусть каждый ваш день приносит вам радость и удовлетворение от выбранной профессии. Пусть ваши труды будут вознаграждены благодарностью пациентов и, конечно, здоровьем!

Желаю вам профессионального роста, неиссякаемой энергии и душевной гармонии!

Достигайте новых высот и вдохновляйте своими победами окружающих!

С праздником вас!



Д. А. Зими́на,

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 реанимато-
логии



С. Г. Маслов,

заместитель
главного врача
по хирургии



С. И. Ростовцев,

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



Т. В. Дядюк,

заместитель
главного врача
по клинко-
экспертной
работе



Е. В. Козлов,

и.о. заместителя
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



Министр здравоохранения Красноярского края
Наталья Станиславовна Говорушкина

С Днем медицинского работника!

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с профессиональным праздником — Днем медицинского работника! Ваш труд является основой здоровья каждого жителя нашего Красноярского края!

Наша отрасль требует от врачей и медсестер высокой квалификации, терпения и сострадания, чуткости и неравнодушия.

Важно отметить и вашу поддержку, и мудрые советы, которые помогают новым поколениям врачей, медицинских сестёр уверенно идти вперед, развивать медицинские технологии и улучшать качество медицинской помощи.

Желаю вам крепкого здоровья, успехов в профессиональной деятельности, счастья и благополучия вашим семьям. Пусть каждый ваш рабочий день приносит радость выздоровления пациентам и гордость за свою профессию.

Спасибо вам за то, что выбрали своим призванием медицину!

Новости

Краевой консультативный методический центр по лечению больных с хроническими вирусными гепатитами



На базе инфекционного стационара КМКБСМП им. Н. С. Карповича создан Краевой консультативный методический центр по лечению больных с хроническими вирусными гепатитами. Специалисты центра оказывают методическое сопровождение лечения пациентов с хроническими вирусными гепатитами во всех медицинских организациях края.

Специально сформированная врачебная комиссия центра осуществляет отбор пациентов на льготное лечение за счет средств федерального и краевого бюджетов, а также средств ОМС.

С 1 января 2025 года на базе инфекционного отделения БСМП открыт дневной стационар для лечения пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С. Это еще одно направление деятельности консультативно-методического центра.

Специалисты службы лечения боли делятся опытом

Специалисты службы лечения боли Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича провели первую криодеструкцию в Омске.

По приглашению омских коллег руководитель службы лечения боли Олег Корольков и его коллега, врач-анестезиолог-реаниматолог Никита Пинчук участвовали в межрегиональной научно-практической конференции «Лечение острой и хронической боли, интервенционные методы и ультразвук в анестезиологии и реанимации». В практической части конференции красноярцы провели мастер-класс по криодеструкции.

Врачи из красноярской БСМП были первыми в Сибирском федеральном округе, кто стали применять криоаналгезию в своей практике. Накопленный опыт красноярскими врачами вызывает профессиональный интерес у коллег.

В апреле специалисты из БСМП Красноярск выступили в качестве тренеров на международном кауверкурсе в Санкт-Петербурге, организованном Архангельской школой лечения боли. Они стали частью команды ведущих экспертов, которые участвовали в кауверкурсе «Ультразвук-ассистированное лечение боли».

Уникальный двухдневный практический мастер-класс был посвящен инновационным методикам обезболивания. В теоретическом блоке с лекциями выступили доктор медицинских наук Андреа Трескот из США, которую в профессиональных кругах называют «мамой криоабляции», и Арий Беркович проф., PhD, Франция.



Наставников со всей России пригласили в Пятигорск

Обладателей звания «Наставник года» всероссийского конкурса «Наставничество-2024», а также авторы лучших наставнических практик съехались в Пятигорск, в центр знания «Машук», где приняли участие в образовательном мероприятии «Наставничество», в и их числе был заведующий отделением анестезиологии-реанимации Красноярской БСМП Олег Корольков. Наш доктор стал единственным представителем красноярского здравоохранения, кто победил в номинации «Наставник года». Программа, на которую пригласили победителей конкурса, — важный шаг в реализации поручения президента России по развитию наставничества в стране.



Расширяем перечень технологий

Рентген-хирурги успешно внедрили новую методику помощи пациентам с ишемической болезнью сердца — определение фракционного резервного кровотока (ФРК) у больных с поражениями коронарных артерий. ФРК — это инновационный способ оценки состояния сосудов и степени их сужения. В медицинской практике данное исследование считают одним из самых информативных и активно используют в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ХИБС) и острым коронарным синдромом (ОКС). Определение ФРК предоставляет возможность врачам быстро и эффективно выявлять критические поражения коронарных артерий, что значительно улучшает результаты лечения и снижает риск осложнений. Метод считается наиболее точным для определения



показаний к стентированию. Кроме того, ФРК — альтернативный метод оценки степени тяжести стеноза, когда неинвазивная оценка ишемии затруднена или не представляется возможной. В этом году определение фракционного резервного кровотока включено в клинические рекомендации по лечению пациентов с ишемическими заболеваниями сердца.

Визит федеральных экспертов

Красноярскую БСМП посетили эксперты Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний. Они побывали в инфекционном стационаре, где посмотрели организацию и оказание медицинской помощи больным инфекционного профиля; оценили работу недавно созданного Краевого консультативного методического центра по лечению больных с хроническими гепатитами в части реализации федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания». Также в программу визита входила проверка качества оказания медицинской помощи на стационарном этапе пациентам с ВИЧ-инфекцией, посещение бактериологической лаборатории. По итогам визита столичные специалисты высоко оценили организацию работы больницы по данным направлениям.



Наш победитель в «Абилимпикс». Отличный старт молодого специалиста

В рамках IX Регионального чемпионата профессионального мастерства для людей с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями «Абилимпикс» в Красноярском крае победителем в компетенции «Массажист» стал Григорий Ефремов, медбрат отделения ранней реабилитации.

Отметим, что Григорий — молодой специалист нашей больницы, работает в БСМП после окончания медицинского колледжа им. В. М. Крутовского меньше года, и мы уверены, что впереди Григория ждут новые достижения.

Проект «Мы ждем именно тебя»

Под таким названием этой весной в больнице стартовал проект по привлечению молодых специалистов. Проект ориентирован на студентов медицинских учебных заведений и старшеклассников. Первыми участниками проекта стали студенты Красноярского базового медицинского колледжа им. В. М. Крутовского. Будущие медицинские сестры повстречались с Татьяной Зиминной, заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом, и Дмитрием Шамовым, заведующим ОРИТ № 5. После чего ребят пригласили на экскурсию, они посетили первое и пятое реанимационные отделения, посмотрели, как организована работа по оказанию неотложной медицинской помощи в приемном покое, побывали в операционном блоке.



Будущие медики смогли увидеть, как устроена работа в одной из крупнейших больниц края и пообщаться с опытными врачами и медсестрами.

Обучающий курс рентген-хирургов БСМП

На двухдневный обучающий курс по теме «Лечение пациентов с острым ишемическим инсультом» в Красноярскую БСМП приехали специалисты из Улан-Удэ, Кызыла, Новосибирска, Читы и Благовещенска. Тема для обсуждения, которую предложили рентген-хирурги, больницы сегодня в числе приоритетных. На курсе были представлены современные методы лечения пациентов с ОНМК. Как показывает практика, благодаря своевременной помощи можно не только спасти жизнь пациента, но и обеспечить ее качество. Современные методы лечения и подходы позволяют сократить инвалидизацию после инсульта, а в некоторых случаях даже достичь регресса инсульта, то есть полного исчезновения клинических признаков заболевания. В рамках курса были проведены практические занятия для эндоваскулярных хирургов с использованием симуляторов для отработки навыков. Слушатели отметили важность такого курса, на котором предоставляется возможность обсудить различные аспекты оказания медицинской помощи пациентам с инсультом в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.



Участие в микробиологической конференции



Специалисты бактериологической лаборатории КМКБСМП им. Н. С. Карповича приняли участие в межрегиональной микробиологической конференции, состоявшейся в Красноярском государственном медицинском университете. Впервые сотрудники бактериологической лаборатории БСМП представили мастер-класс на тему «Преаналитический этап микробиологических исследований: сбор и доставка различных видов биоматериалов». Специалисты детально осветили ключевые принципы преаналитического этапа, включая корректную маркировку, временное хранение и транспортировку биоматериалов для микробиологических исследований. Особое внимание было уделено анализу частых ошибок, возникающих на данном этапе. А также поделились опытом организации системы менеджмента качества этапа сбора и доставки биоматериала для микробиологических исследований, что является важным аспектом обеспечения точности и надежности микробиологических исследований. Мастер-класс ориентирован на средний медицинский персонал, эпидемиологов и микробиологов.

тировку биоматериалов для микробиологических исследований. Особое внимание было уделено анализу частых ошибок, возникающих на данном этапе. А также поделились опытом организации системы менеджмента качества этапа сбора и доставки биоматериала для микробиологических исследований, что является важным аспектом обеспечения точности и надежности микробиологических исследований. Мастер-класс ориентирован на средний медицинский персонал, эпидемиологов и микробиологов.

Международный саммит экспертов Smith&Nephew R2R Repair to reconstruction

В начале мая в Дубае состоялся Международный саммит экспертов Smith&Nephew R2R Repair to reconstruction («От восстановления к реконструкции»), собравший травматологов-ортопедов и спортивных врачей. В мероприятии принял участие заведующий отделением травматологии Красноярской БСМП Константин Тутынин, вошедший в состав российской делегации, объединившей ведущих специалистов из федеральных травматологических центров России.

Данный саммит является ежегодной платформой для обмена опытом и обсуждения последних достижений в области ортопедии и травматологии. Он аккумулирует мнения экспертов, научные исследования и практические наработки специалистов со всего мира. Основной темой саммита стали инновационные методики восстановления мягких тканей колена, реконструктивные операции и современные технологии в артропластике тазобедренного и коленного суставов. Своим опытом и новейшими достижениями поделились ведущие эксперты из Катар, ОАЭ, США, Великобритании, Индии, Польши, ЮАР, России, Таиланда и других стран. Особое внимание было уделено перспективам развития роботизированной хирургии. Участники смогли увидеть демонстрацию работы роботизированных систем от лидеров отрасли. Константин Тутынин отметил, что этот международный форум предоставил уникальную возможность ознакомиться с передовыми технологиями и разработками в современной медицине.



Два клинических случая хирургического лечения редкого переломовывиха C1-C2 позвонков

Авторы: К. В. Тутынин, Д. В. Хозеев, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Константин Валерьевич Тутынин,
к. м. н., заведующий отделением травма-
тологии, врач-травматолог-ортопед КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

В первом случае этапно произведено под общей анестезией вправление вывиха, фиксация зубовидного отростка и перелома C2 канюлированным винтом и опорной шейной пластиной с последующей фиксацией верхнешейного отдела позвоночника гало-аппаратом под местной анестезией, во втором выполнено под общей анестезией вправление вывиха, остеосинтез зубовидного отростка перелома C2 канюлированным винтом и задняя винтовая фиксация верхнешейного отдела позвоночника.

В обоих представленных случаях достигнуто восстановление взаимоотношений и сращение повреждений на фоне обеих методик фиксации, вторичных неврологических нарушений не возникло, функциональный результат удовлетворительный.

Оперативное лечение позволяет максимально быстро активировать и реабилитировать пациента. Вариант оперативного лечения первого

■ По данным литературы, случаи клинически успешного лечения множественных повреждений верхнешейного отдела позвоночника с вывихом C1 встречаются редко. В данной статье представлены клинические случаи пациентов с переломами зубовидного отростка с переходом на тело и дужку C2-позвонка и вывихом в сегменте C1-C2, без неврологических осложнений после повреждений.

пациента может быть применен особенно в клиниках, не имеющих большого опыта хирургии травмы верхнешейного отдела позвоночника, второй метод лечения является современным и методом выбора для вертебологических клиник.

Представляем два клинических случая успешного лечения переломовывиха в верхнешейном отделе позвоночника в виде вправления вывиха, сопоставления повреждений. В одном случае этапное хирургическое лечение — передний опорный спондилосинтез с последующей фиксацией в галоаппарате, в другом — вентральный остеосинтез зубовидного отростка канюлированным винтом и последующей винтовой фиксацией верхнешейного отдела позвоночника винтовой конструкцией.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка 58 лет получила травму в результате насильственных действий в виде сворачивания головы в октябре 2022 года. Почувствовала хруст и резкую боль в шейном отделе позвоночника. Была доставлена скорой помощью в КМКБСМП им. Н. С. Карповича.

Состояние при поступлении средней тяжести (компенсированное), гемодинамика стабильная. Положение вынужденное, анталгическая поза в виде эмбриона на левом боку, с ригидным поворотом головы влево. Неврологический статус не нарушен: пациентка в ясном сознании, черепно-мозговые нервы интактны, сила в конечностях сохранена, сухожильные рефлексы D=S, нарушений чувствительности нет, нарушений тазовых функций нет.

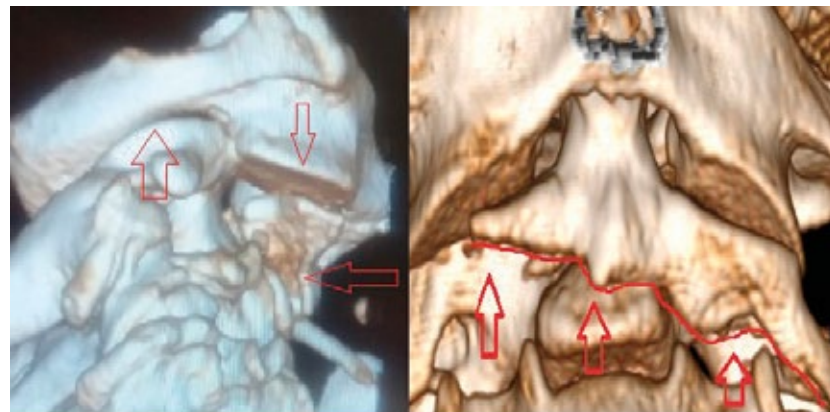


Рисунок 1а. МСКТ, 3D-реконструкция верхнешейного отдела позвоночника, вид справа — перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo) и передний правосторонний вывих C1-позвонка.

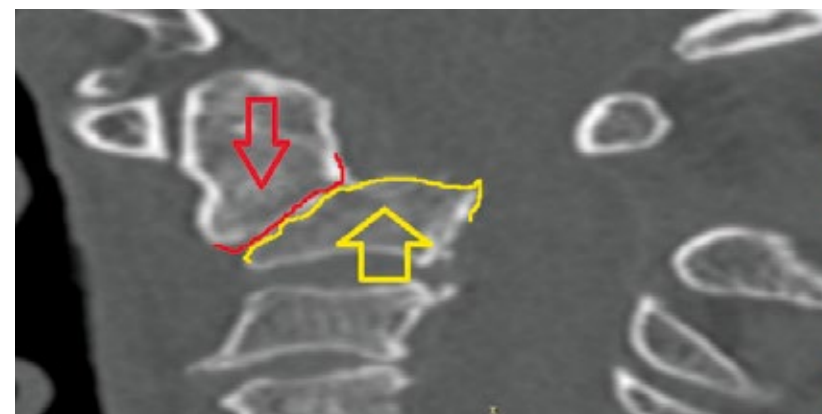


Рисунок 1б. МСКТ, сагиттальная томограмма верхнешейного отдела позвоночника — перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo) с грубым смещением кпереди и стенозом спинно-мозгового канала.

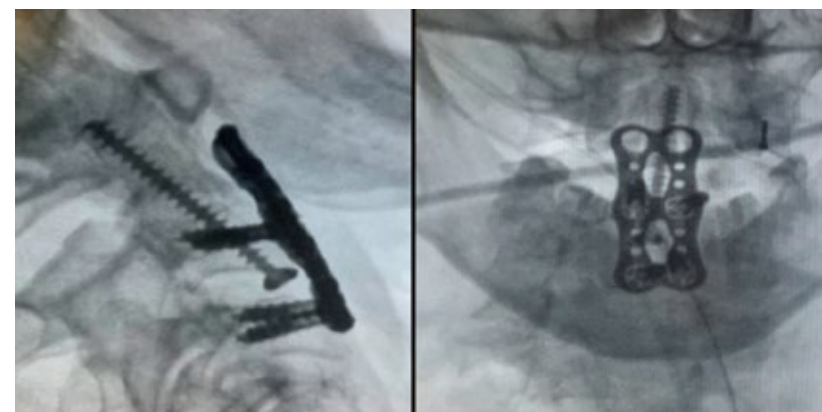


Рисунок 2. Интраоперационный рентгенологический контроль после переднего спондилосинтеза верхнешейного отдела позвоночника.

На компьютерной томографии шейного отдела позвоночника выявлены перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo), перелом дужки C2 слева со смещением и передний правосторонний вывих в сочленении C1-C2 (рис. 1).

Учитывая, что травма нестабильная, имелся высокий риск вторичного появления жизнеугрожающих неврологических нарушений, поэтому принято решение о проведении срочной операции.

Основной причиной деформации являлся правосторонний вывих C1-позвонка и ключ к ее устранению — экстренное вправление под общей анестезией и коррекция смещения с непрямой декомпрессией со спондилосинтезом.

Через 2,5 часа от поступления было выполнено закрытое вправление правостороннего вывиха C1-позвонка.

Был произведен правосторонний

боковой доступ к верхнешейному отделу позвоночника. Визуально в ране подтверждается тотально нестабильное повреждение верхнешейного отдела позвоночника. После пальцевой репозиции

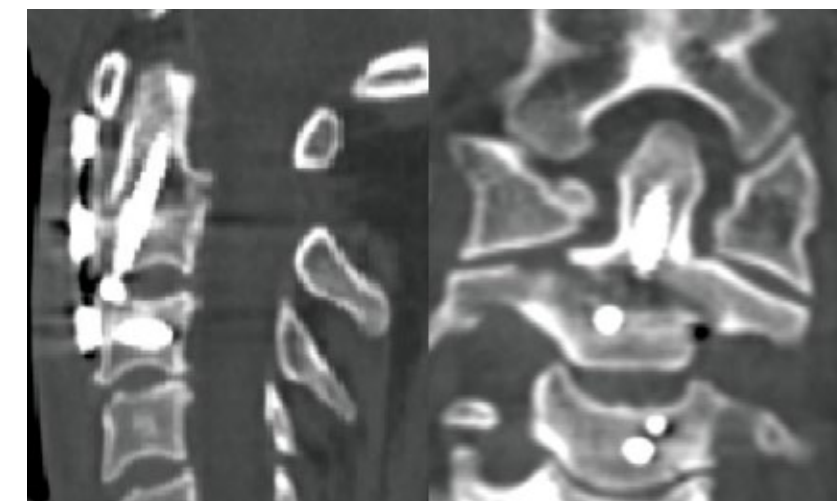


Рисунок 3. Сагиттальная и коронарная компьютерные томограммы после первой операции — состояние после репозиции и металлофиксации переломовывиха в C1-C2-сегментах.

произведена продольная фиксация зубовидного отростка губчатым винтом.

Интраоперационно сохранялись признаки нестабильности перелома тела и дужки слева C2-позвонка, было принято решение использовать шейную пластину для создания передней опоры верхней части тела и зубовидного отростка C2-позвонка. Была установлена трехуровневая пластина с фиксацией в тела C2-C3.

После операции была выполнена компьютерная томография, которая показала удовлетворительную репозицию и фиксацию (рис. 3).

Так как после первой операции был фиксирован только передний опорный комплекс, что является недостаточно стабильным при такой травме и будет затруднять активизацию, принято решение по дополнительной фиксации обеих колонн поврежденного сегмента методом галофиксации.

На четвертые сутки от поступления была произведена стандартная фиксация в галоаппарате, под местной анестезией, в положении сидя.

На третьи сутки после хирургического вмешательства произведена МСКТ шейного отдела позвоночника, на которой определялись хорошие восстановление взаимоотношений в поврежденном сегменте и стабильная металлофиксация (рис. 4).

Пациентка активизирована и вертикализирована на следующие сутки, выписана через 7 дней после поступления. На амбулаторном этапе пациентка динамически наблюдалась,



Рисунок 4. Реконструированные снимки после МСКТ пациентки — восстановление взаимоотношений в C1-C2-сегменте, удовлетворительное положение фиксирующих погружных металлоконструкций и внешней галофиксаци.

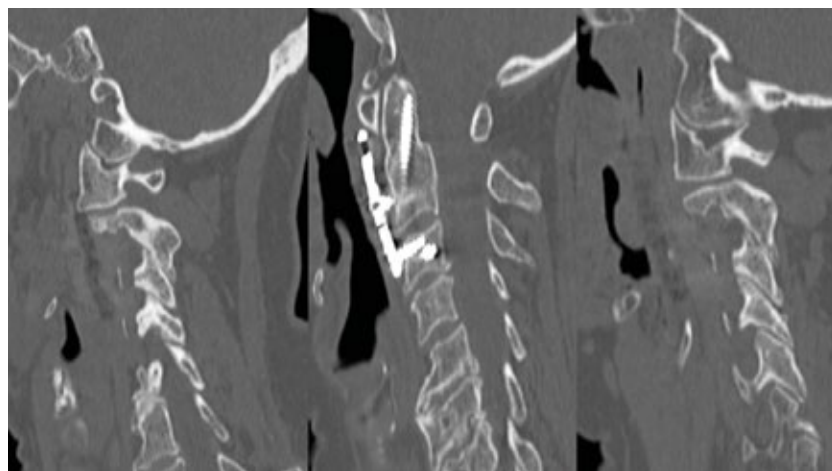


Рисунок 5. Компьютерные томограммы шейного отдела пациентки через полгода после травмы — определяются восстановленные взаимоотношения в сегменте C1-C2, сросшийся сопоставленный перелом C2-позвонка.

на этапном МСКТ-контроле через 10 недель определялось стабильное положение металлоконструкции и удовлетворительный процесс сращения отломков: галофиксация демонтирована и продолжена иммобилизация жестким головодержателем до 1,5 месяцев. При контрольной компьютерной томографии через шесть месяцев определяются нормальные взаимоотношения в верхнешейном отделе позвоночника, сращение переломов и удовлетворительное и стабильное положение металлоконструкции (рис. 5).

Клинически двигательная функция в шейном отделе позвоночника не нарушена, ротация почти полная.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент 52 года, получил травму в результате насильственных действий в виде сворачивания головы в январе 2024 года. Почувствовал хруст и резкую боль в шейном отделе позвоночника. Был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в КМКБСМП им. Н. С. Карповича.

Состояние при поступлении средней тяжести, гемодинамика стабильная. Положение вынужденное, анталгическая поза в виде эмбриона на левом боку, с ригидным поворотом головы влево. Неврологический статус не нарушен: пациент в ясном сознании, черепно-мозговые

нервы интактны, сила в конечностях сохранена, сухожильные рефлексы D=S, нарушений чувствительности нет, нарушений тазовых функций нет.

На компьютерной томографии шейного отдела позвоночника выявлены перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo), перелом дужки C2 слева со смещением и передний правосторонний вывих в сочленении C1-C2 (рис. 6).



Рисунок 6а. МСКТ, 3D-реконструкция верхнешейного отдела позвоночника, перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo) и передний правосторонний вывих C1-позвонка.

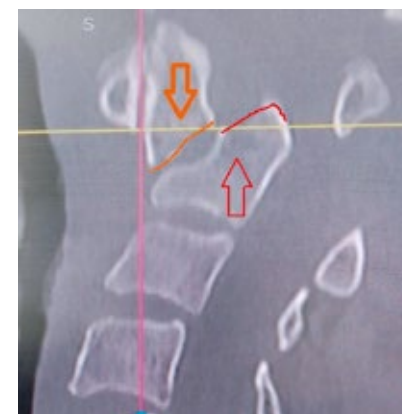


Рисунок 66. МСКТ, сагиттальная томограмма верхнешейного отдела позвоночника — перелом зубовидного отростка C2-позвонка по III типу с переходом на тело позвонка (классификация Anderson и D'Alonzo) с грубым смещением кпереди и стенозом спинномозгового канала.

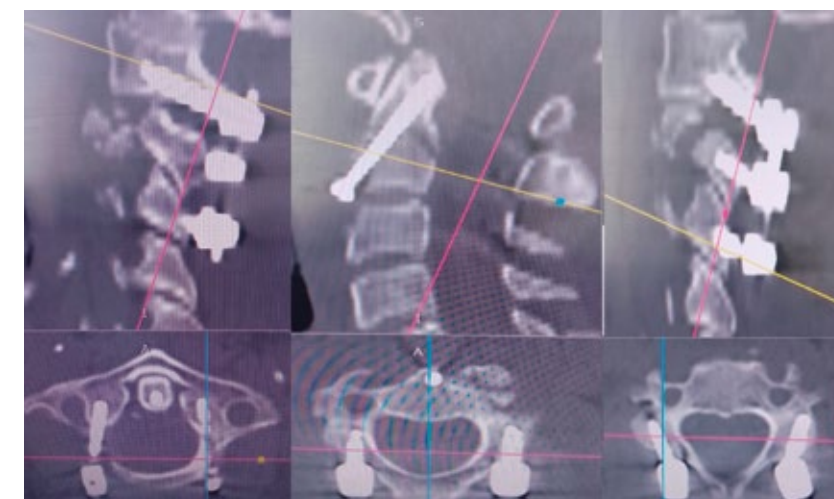


Рисунок 8. Сагиттальная и аксиальная компьютерные томограммы на разных уровнях после циркулярного погружного спондилосинтеза переломовывиха в C1-C2-сегменте. Восстановление взаимоотношений в C1-C2-сегменте, удовлетворительное положение фиксирующих погружных металлоконструкций.

Был спланирован циркулярный спондилосинтез в одну операционную сессию. Первым этапом через 3 часа от поступления было выполнено закрытое вправление правостороннего вывиха C1-позвонка, был выполнен боковой доступ справа к верхнешейному отделу позвоночника. Визуально в ране подтверждается тотальное нестабильное повреждение верхнешейного отдела позвоночника. После пальцевой репозиции произведена продольная фиксация зубовидного отростка губчатым винтом.

Вторым этапом пациент перевернут на живот, продольным срединным разрезом произведен послойный доступ к задним элементам верхнешейного отдела

позвоночника. Произведена поэтапная винтовая фиксация в сегменте C1-C2-C3-позвонков. После ушивания послеоперационной раны произведена иммобилизация жестким головодержателем (рис. 7).

После операции была выполнена компьютерная томография, которая показала удовлетворительную репозицию и фиксацию (рис. 8).

Пациент активизирован и вертикализирован на следующие сутки и выписан через 7 дней после поступления. На амбулаторном этапе пациент динамически наблюдается, на этапном рентгенологическом контроле через 8 недель определялось стабильное положение металлоконструкции и удовлетворительный процесс сращения отломков (рис. 9).

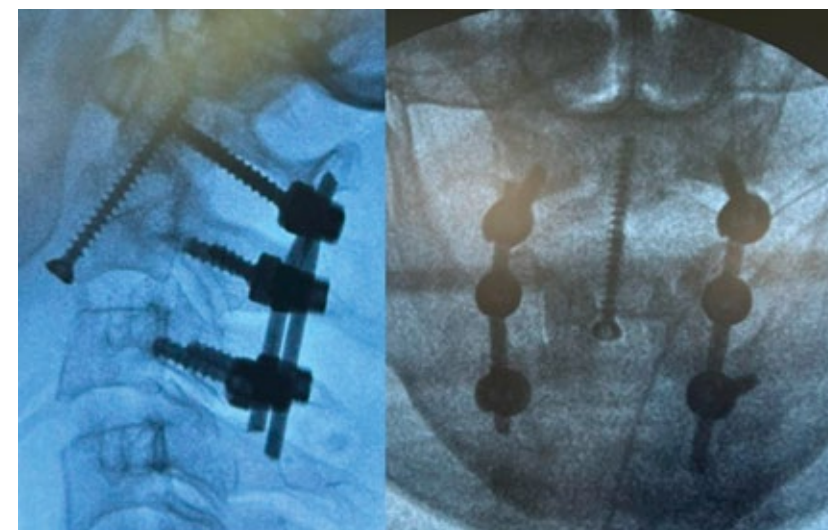


Рисунок 7. Интраоперационный рентгенологический контроль после циркулярной фиксации верхнешейного отдела позвоночника.

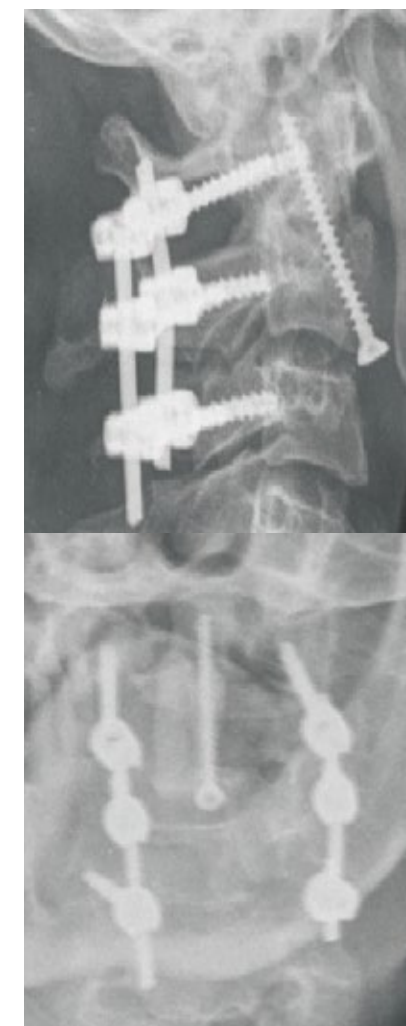
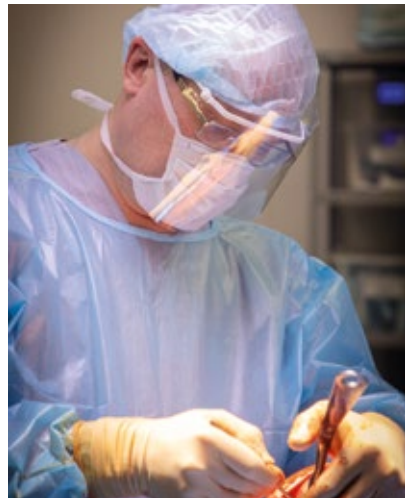


Рисунок 9. Рентгенограммы шейного отдела пациентки через 8 недель после травмы — определяются восстановленные взаимоотношения в сегменте C1-C2, срастающийся сопоставленный перелом C2-позвонка.



■ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным литературы, случаи клинически успешного лечения множественных повреждений верхнешейного отдела позвоночника в виде перелома зубовидного отростка и тела C2-позвонка с вывихом C1 встречаются редко [1, 2, 3]. Повреждения на таком уровне происходят вследствие сочетания прямого и непрямого механизмов травмы при падении с высоты, автодорожных происшествиях, суицидальных попытках и насильственных действиях. Учитывая нестабильный, стенозирующий характер перелома и близость верхнешейного отдела спинного

мозга, такие травмы в большинстве случаев заканчиваются смертью в кратчайшие сроки из-за критических грубых неврологических нарушений и восходящего отека ствола головного мозга [4, 5, 6]. Суть оперативных методов лечения состоит во вправлении и репозиции поврежденных позвонков с непрямой декомпрессией спинного мозга с дальнейшим спондилосинтезом. По данным литературы, для вправления используется несколько вариантов: скелетное вытяжение, коррекция в галоаппарате или ручное вправление под общей анестезией. После вправления и сопоставления повреждений производится последующий этап оперативного лечения — спондилодез. Используются разные виды вентрального или варианты дорзального спондилодеза, а также их комбинация. Наиболее надежным логично является циркулярный спондилодез — фиксация переднего и заднего опорных комплексов [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Случаи перелома-вывихов в верхнешейном отделе позвоночника крайне редки, в практике у практического вертебролога единичны, либо вообще не встречаются, поэтому использование конкретных методов в лечении такой редкой, крайне нестабильной и жизнеугрожающей травмы зависит от

имеющихся возможностей и опыта в конкретное время в этой клинике.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленных двух клинических случаях редкой травмы у живого человека при сочетании перелома зубовидного отростка с переходом на тело C2-позвонка и при вывихе в сегменте C1-C2 в первом случае этапно произведено под общей анестезией вправление вывиха, фиксация зубовидного отростка и перелома C2 канюлированным винтом и опорной шейной пластиной с последующей фиксацией верхнешейного отдела позвоночника галоаппаратом под местной анестезией, во втором произведен после вправления и репозиции циркулярный спондилосинтез канюлированным винтом зубовидного отростка и последующей задней фиксации винтовой системой.

Оперативное лечение позволяет максимально быстро активировать и реабилитировать пациента. Вариант оперативного лечения первого пациента может быть применен, особенно в клиниках, не имеющих большого опыта хирургии травмы верхнешейного отдела позвоночника, второй метод лечения является современным и методом выбора для вертебрологических клиник. ■

Список литературы:

1. Liawrungrueang W., Laohapoonrungsee A., Bunmaprasert T. Acute traumatic lateral atlantoaxial dislocation associated with locked atlas lateral mass and odontoid process fracture: A clinical case study and literature review //North American Spine Society Journal (NASSJ). — 2022. — Т. 12. — С. 100–169.
2. 2. Essa A. et al. Traumatic Posterior Atlantoaxial Dislocation With an Associated Fracture: A Systematic Review //Clinical Spine Surgery. — 2023. — С. 101–197.
3. Chang, D. G., Park, J. B., Song, K. J., Park, H. J., Kim, W. J., & Heu, J. Y. (2020). Traumatic atlanto-occipital dislocation: analysis of 15 survival cases with emphasis on associated upper cervical spine injuries. Spine, 45 (13), 884–894.
4. Barrey, C. Y., Di Bartolomeo, A., Barresi, L., Bronsard, N., Allia, J., Blondel, B., ... & Charles, Y. P. (2021). C1-C2 Injury: Factors influencing mortality, outcome, and fracture healing. European Spine Journal, 30, 1574–1584.
5. Joaquim, A. F., Schroeder, G. D., & Vaccaro, A. R. (2021). Traumatic atlanto-occipital dislocation — A comprehensive analysis of all case series found in the spinal trauma literature. International Journal of Spine Surgery, 15 (4), 724–739.
6. 6. Bakhsh, A., Alzahrani, A., Aljuzair, A. H., Ahmed, U., & Eldawood, H. (2020). Fractures of C2 (axis) vertebra: clinical presentation and management. International Journal of Spine Surgery, 14 (6). 908–915.
7. Usmani, M. F., Gopinath, R., Camacho, J. E., Gentry, R. D., & Ludwig, S. C. (2020, March). Management of cranio-cervical injuries: C1-C2 posterior cervical fusion and decompression. In Seminars in Spine Surgery (Vol. 32, No. 1, p. 100–782). WB Saunders.
8. Beeharry M. W., Moqeen K., Rohilla M. U. Management of cervical spine fractures: a literature review // Cureus. — 2021. — Т. 13. — № 4.
9. Fiedler, N., Spiegl, U. J., Jarvers, J. S., Josten, C., Heyde, C. E., & Osterhoff, G. (2020). Epidemiology and management of atlas fractures. European spine journal, 29, 2477–2483.
10. Mohile, N. V., Kuczmarski, A. S., Minaie, A., Syros, A., Geller, J. S., & Al Maaieh, M. (2023). Management of combined atlas and axis fractures: a systematic review. North American Spine Society Journal (NASSJ), 100–224.
11. Бывальцев, В. А., Калинин, А. А., Алиев, М. А., & Юсупов, Б. Р. (2019). Результаты ламинэктомии с фиксацией за боковые массы при лечении многоуровневых дегенеративных заболеваний шейного отдела // Сибирское медицинское обозрение. — 5 (119). — С. 52–58
12. Кулешов А.А., Шкарубо А.Н., Еськин Н.А., Ветрилэ М.С., Лисянский И.Н., Макаров С.Н., Пономаренко Г.П., Чернов И.В. Варианты хирургического лечения застарелых переломов зубовидного отростка C2 // Хирургия позвоночника. — 2019. — 16(1). — С. 16–24.
13. Рерих В. В., Ластевский А. Д. Хирургическое лечение повреждений нижнешейного отдела позвоночника // Хирургия позвоночника. — 2007. — № 1. — С. 13–20.

Хроническая аневризма левого желудочка — одна из причин гипердиагностики острого инфаркта миокарда

Авторы: Н. Ю. Цибульская^{1,2}, Е. И. Харьков^{1,2}, Е. А. Светлов¹
¹КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича», ²ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»



Наталья Юрьевна Цибульская,
к. м. н, врач-кардиолог высшей квалификационной категории отделения кардиологии КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», доцент кафедры ФГБОУ ВО «КрасГМУ» им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

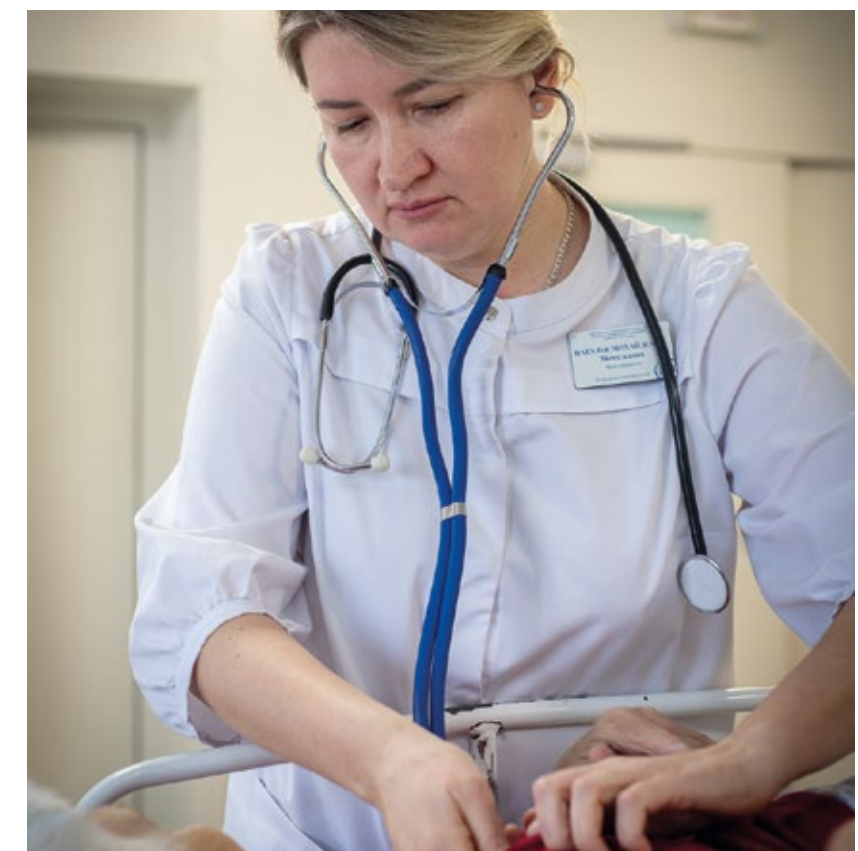
■ Быстрая и точная интерпретация результатов электрокардиографического обследования больного — залог эффективного лечения.

литературе, помимо описания клинических случаев, встречаются одиночные с небольшой выборкой исследования, в которых авторы делают попытки оценить вклад данных изменений в ошибочную диагностику острого инфаркта миокарда (ОИМ) [1]. W. Brady и соавт. проанализировали результаты оценки врачами неотложной помощи ЭКГ с подъемом сегмента ST у пациентов с жалобами на боли в грудной клетке. Частота неправильной интерпретации ЭКГ составила 12 из 202 случаев (5,9 %). Наиболее часто неправильно

диагностировали следующие причины элевации сегмента ST: аневризма левого желудочка (ЛЖ) и синдром преждевременной реполяризации желудочков. И наоборот, подъем сегмента ST при ОИМ был расценен как неинфарктные изменения у больного с синдромом преждевременной реполяризации желудочков в одном случае и при гипертрофии ЛЖ в другом случае [1]. W. Brady и соавт. в другом своем исследовании проанализировали интерпретацию 448 ЭКГ с элевацией сегмента ST также врачами неотложной помощи с целью

Характерные изменения и их динамика на электрокардиограмме (ЭКГ) являются одним из основных критериев диагностики острого инфаркта миокарда наряду с типичной клинической картиной и повышением уровня маркеров некроза миокарда. Переоценка значимости изолированных инфарктоподобных изменений на ЭКГ приводит к диагностическим ошибкам и гипердиагностике инфаркта миокарда, что в свою очередь определяет неверную лечебную тактику и проведение необоснованных инвазивных вмешательств. Элевация сегмента ST на ЭКГ не всегда означает коронарогенную патологию, и практикующему врачу приходится проводить дифференциальную диагностику заболеваний, в том числе редко встречающихся.

Частота инфарктоподобных изменений на ЭКГ, сопровождающихся подъемом сегмента ST, при различных патологиях неизвестна. В



выявления гипердиагностики ОИМ. Ошибочная диагностика ОИМ была в 28 % случаев при аневризме сердца, в 23 % при синдроме преждевременной реполяризации желудочков, в 21 % при перикардите и в 5 % — при блокаде левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) без признаков ОИМ [2].

Другая группа исследователей, М. I. Suliman и соавт., изучали причины инфарктоподобных изменений на ЭКГ. В течение 6 месяцев наблюдения в отделении неотложной помощи данная группа ученых выявила 100 пациентов с жалобами на боли в грудной клетке и подъемом сегмента ST на ЭКГ, не связанным с ОИМ. Наиболее частой причиной подъема сегмента ST была гипертрофия ЛЖ (39 % пациентов), на втором месте — БЛНПГ (35 %), затем — синдром преждевременной реполяризации желудочков (20 %), перикардит (2 %), острое нарушение мозгового кровообращения (1 %) и гиперкалиемия (1 %) [3].

Частой причиной инфарктоподобных изменений на ЭКГ, требующей дифференциальной диагностики, является аневризма ЛЖ. В условиях экстренного стационара данная проблема может вызывать диагностические трудности ввиду ограниченного времени для выбора тактики ведения больного, отсутствии при госпитализации результатов предыдущих ЭКГ.

Аневризма ЛЖ — структурное, ограниченное выпячивание истонченного рубцово-измененного участка стенки сердца с увеличением диастолического контура ЛЖ, формированием систолического дискинеза или акинеза данной зоны, приводящее к снижению фракции выброса.

Более 95 % аневризм ЛЖ формируются вследствие ОИМ и по данным разных авторов, встречаются в 5–38 % случаях трансмурального поражения. Значительная вариабельность в частоте образования аневризмы связана с применением в последнее время реперфузионного лечения. В дореперфузионный период распространенность такого осложнения ОИМ была выше. В настоящее время аневризма ЛЖ диагностируется у 4–15 % пациентов, перенесших ОИМ. Пятилетняя выживаемость пациентов с постинфарктной аневризмой ЛЖ при естественном течении заболевания, колеблется в пределах 25–70 % [4].

Аневризмы ЛЖ классифицируют по их локализации, которая будет зависеть от локализации ОИМ. Чаще всего аневризма ЛЖ встречается при передних ИМ, при ИМ нижней локализации такое осложнение встречается в 4 раза реже [4, 5]. Аневризма задней стенки — крайне редкое явление. Площадь постинфарктных аневризм может составлять от 5 до 50 % площади ЛЖ. Обширными считаются аневризмы, занимающие >20 % поверхности миокарда. По структуре стенки аневризмы ЛЖ делят на фиброзные, фиброзно-мышечные и мышечные [4].

Бывают случаи, когда аневризма левого желудочка может формироваться вследствие травмы, болезни Чагоса, саркоидоза. Врожденные аневризмы ЛЖ встречаются крайне редко, и данная патология обозначается как врожденный дивертикул левого желудочка.

Современные методы диагностики аневризмы ЛЖ включают ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), скintiграфию миокарда.

Для аневризмы на ЭКГ характерен комплекс QS, реже Qr, а также «застывший» подъем сегмента ST, т. е. ЭКГ не претерпевает характерных изменений по стадиям ИМ. Подъем сегмента ST может иметь как вид монофазной кривой, так и может сочетаться с отрицательным зубцом Т. Чувствительность стойкой элевации сегмента ST при аневризмах ЛЖ составляет 90 %.

Для правильной интерпретации данных ЭКГ при стойком подъеме сегмента ST и диагностики аневризмы ЛЖ необходим анализ серий ЭКГ в различные временные периоды. Врач, имея только одну зарегистрированную ЭКГ и констатируя на ней стойкий подъем сегмента ST (не имея предыдущих ЭКГ), может диагностировать острый с подъемом ST-сегмента ИМ и осуществить принятый в этой ситуации объем медицинских вмешательств, включая проведение тромболитической терапии.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациент М. 64 лет, перенес 2 года назад распространенный передний

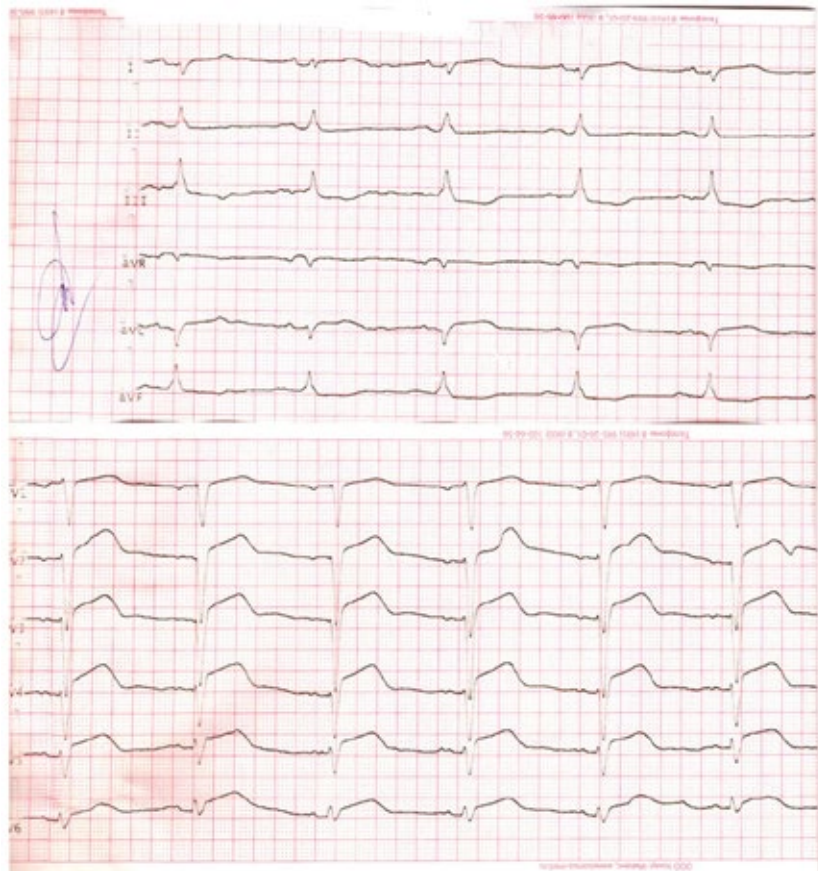


Рисунок 1. Электрокардиограмма при поступлении: Ритм синусовый. Подъем ST-сегмента в I, AVL, V2-V6 отведениях (из личного архива)

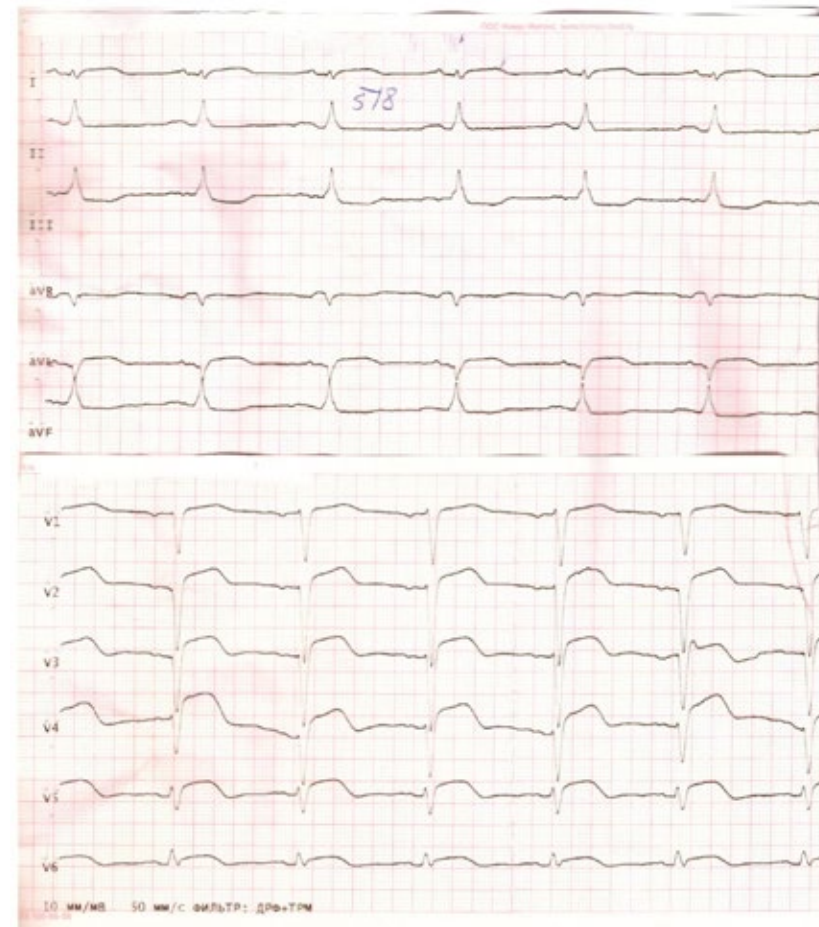


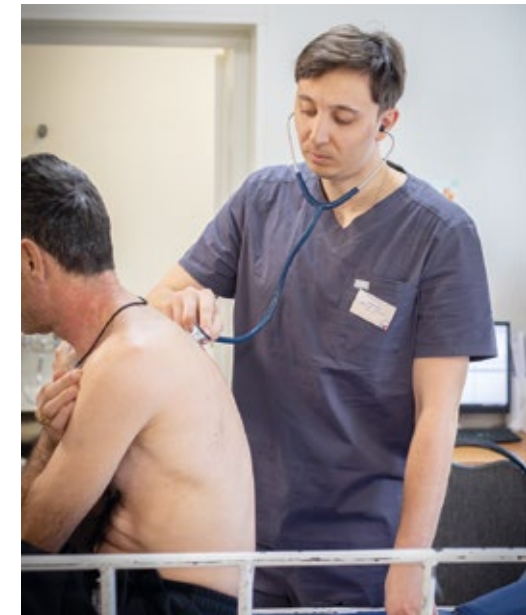
Рисунок 2. Предыдущая ЭКГ, зарегистрированная за 2 года до настоящего поступления в стационар (в острый период инфаркта миокарда): ритм синусовый. Подъем ST-сегмента в I, AVL, V2-V6-отведениях («застывшая ЭКГ») (из личного архива)

с подъемом сегмента ST и формированием патологического зубца Q на ЭКГ инфаркта миокарда. Находясь в гостях у сына, проживающего в другом городе, почувствовал слабость, одышку, давящие боли за грудиной. Была вызвана бригада скорой помощи. Боли купированы повторным приемом нитроглицерина. На ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST в I, AVL, V2-V6-отведениях. Врачом изменения на ЭКГ расценены как картина острого с подъемом

ST-сегмента инфаркта миокарда с локализацией на передней стенке. Предыдущих выписок и ЭКГ у пациента на руках не оказалось. Дана нагрузочная доза антиагрегантов (аспирин 250 мг, плавикс 600 мг). На догоспитальном этапе проведен тромболитический актилиз. Динамики на ЭКГ не последовало. Пациент госпитализирован в кардиологическое отделение. В последующем динамики на ЭКГ также не наступило. При ЭхоКГ

диагностирована большая хроническая аневризма левого желудочка, которая явилась следствием перенесенного ранее инфаркта миокарда. Таким образом, имела место гипердиагностика острого инфаркта миокарда, повлекшая за собой необоснованные лечебные вмешательства. Пациент выписан из стационара на 6 суток с диагнозом: «ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз. Хроническая постинфарктная аневризма левого желудочка».

Таким образом, инфарктные изменения ЭКГ, сопровождающиеся подъемом сегмента ST, не всегда означают диагноз инфаркта миокарда и могут быть обусловлены широким спектром различных заболеваний и состояний, требующих дифференциальной диагностики. Изменения на ЭКГ необходимо анализировать в динамике и в комплексе с жалобами пациента, данными анамнеза и результатами дополнительных методов обследования. ■



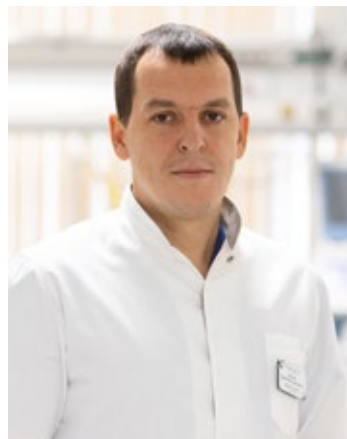
Список литературы:

1. Brady W. J., Perron A., Ullman E. Errors in emergency physician interpretation of ST-segment elevation in emergency department chest pain patients // Acad. Emerg. Med. — 2000. — Vol. 7. — № 11. — P. 1256–1260. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb00471.x.
2. Brady W. J., Perron A. D., Chan T. Electrocardiographic ST-segment elevation: correct identification of acute myocardial infarction (AMI) and non-AMI syndromes by emergency physicians // Acad. Emerg. Med. — 2001. — Vol. 8. — № 4. — P. 349–360. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb02113.x.
3. Suliman M. I., Rahim I. U., Khan F. S. ST-Segment Elevation on Electrocardiogram in Conditions Other Than Acute Coronary Syndrome // PJMHS. — 2011. — Vol. 5. — № 4. — P. 757–760. URL: https://pjmhsonline.com/2011/oct_dec/pdf/zzn%20ST%20Segment%20Elevation%20on%20Electrocardiogram%20in%20Conditions%20Other%20Than%20Acute%20Coronary%20Syndrome.pdf (date accessed: 12.10.2024).
4. Афонина О. С., Кузьмина И. М., Загребельный А. В., Коков Л. С., Марцевич С. Ю. Истинная аневризма левого желудочка при остром инфаркте миокарда: кратковременные и отдаленные исходы, факторы, влияющие на прогноз, лечение. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2022; 21(9): 3310. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3310>
5. Vallabhajosyula S., Kanwar S., Aung H., et al. Temporal Trends and Outcomes of Left Ventricular Aneurysm After Acute Myocardial Infarction. Am J Cardiol. — 2020; 133: 32–8. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.07.043>.

Случай лечения наследственной коагулопатии

Авторы: Д. С. Шамов^{1,2}, А. И. Грицан², С. И. Ростовцев^{1,2}, А. А. Попов²

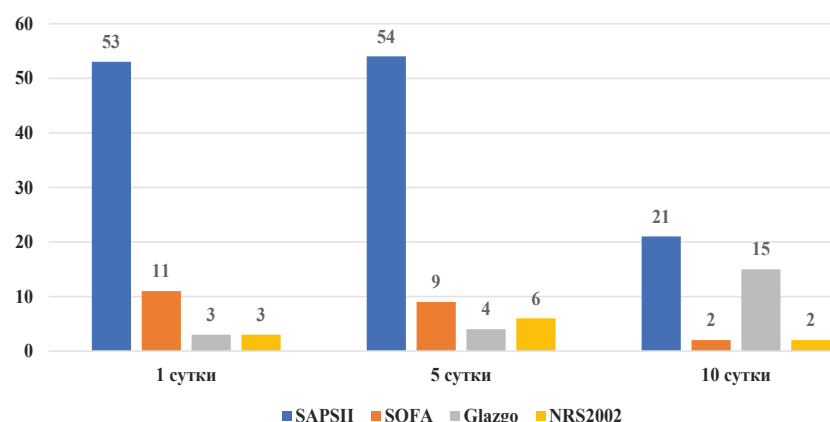
¹ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» под фото автора, ² ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»



Дмитрий Сергеевич Шамов,
к. м. н., заведующий отделением
реанимации и интенсивной терапии № 5
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ В повседневной работе анестезиолога-реаниматолога патология гемостаза, его коррекция и лабораторная диагностика занимает значительное время и зачастую вызывает определенные трудности в сочетании с уже имеющимся критическим состоянием пациента.

Рисунок 1. Оценка по шкалам



■ ПРЕДЫСТОРИЯ:

Пациентка Т., 52 года, в январе 2024 года поступила с диагнозом «острый восходящий варикотромбофлебит БПВ 18 мм от устья слева», госпитализирована в сосудистое отделение для проведения кроссектомии БПВ. На следующий день ввиду маточного кровотечения на фоне миомы матки больших размеров 3-4-го типа (по FIGO) аденомиоза, патологии эндометрия в экстренном порядке решался вопрос об эндоваскулярном проведении гемостаза.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Описание клинического случая пациентки с носительством генов тромбофилии по MTFHR, MTRR, PAI-I d в гомозиготной форме по FGB, ITGA2, ITGB3 в гетерозиготной форме с умеренной гомоцистеинемией.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Учитывая маточное кровотечение, показана эндоваскулярная эмболизация маточных артерий. На фоне спинномозговой анестезии до начала оперативного вмешательства остановка сердечной

деятельности по типу асистолии, СЛР в течение 7 минут (непрерывный закрытый массаж сердца, внутривенно однократно Sol.Adrenalin 0,1 % — 1 мл) с восстановлением организованного ритма, оперативное лечение отложено до стабилизации состояния.

Риск летального исхода при поступлении составлял 53 % преимущественно за счет глубины

нарушения сознания и экстренности оперативного вмешательства, отмечалась положительная динамика полиорганной недостаточности за счет ОЦН, ОДН и острой сердечной недостаточности, требующей вазопрессорной терапии, тяжелой нутритивной недостаточности за период госпитализации не было ввиду раннего энтерального питания.

Рисунок 2. Гемостаз

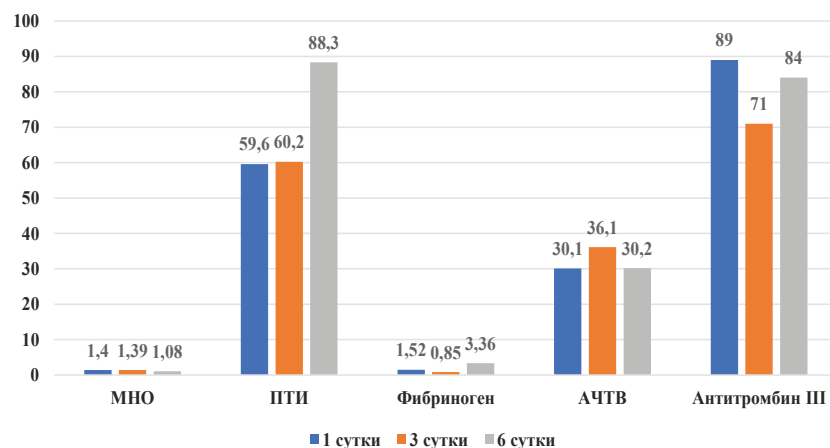
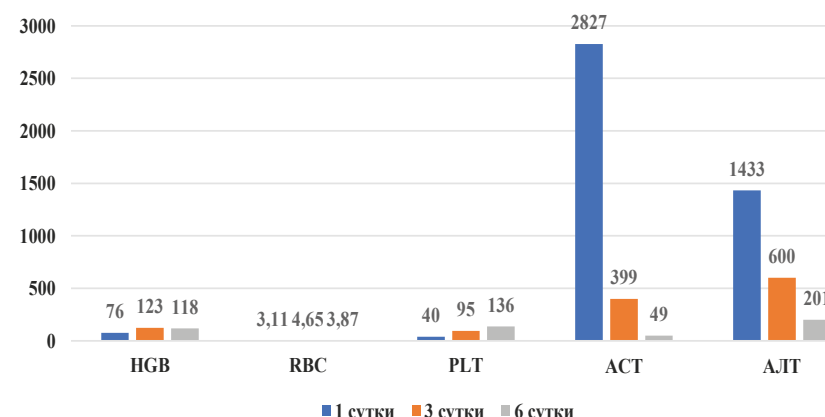


Рисунок 3. Показатели крови



Коагуляционный гемостаз смещен в сторону гипокоагуляции, гипофибриногенемии, снижения антитромбинового потенциала. На фоне коррекции продукции факторов свертывания (VII, IX, X) отмечается полное восстановление гемостаза на шестые сутки.

На фоне интенсивной терапии (трансфузии аллогенных эритроцитов, аферезных доз тромбоцитов) отмечается стойкая нормализация всех пока красной крови и тромбоцитов.

Несмотря на положительную динамику по общим клиническим анализам крови и гемостазу, у пациентки отмечалось умеренное суточное выделение из половых путей, при этом отмечается нарастание ишемии в нижних конечностях в области правой стопы на уровне кубовидной кости и пальцев левой стопы, что при появлении линии демаркации потребовало на 14-е сутки проведения ампутации правой нижней конечности на уровне в/3 голени, ампутации пальцев левой стопы.

В ОРИТ проводилась седация в течение 5 суток с респираторной поддержкой аппаратом Dreger savina режим BIPAP (pIP 17, реер +6, rate 16, DO 460, fio2 35 %), с проведением трахеостомии на 6 сутки. Общее время ИВЛ составило 360 часов.

КТ-картина головного мозга в первые сутки соответствовала

отеку головного мозга, в динамике на 8-е сутки патологии головного мозга не выявлено, ЭЭГ при выходе из медикаментозной седации не показала грубых изменений. На основании полученных данных выставлен диагноз.

Основной: Острое АМК в перименопаузе. Миома матки больших размеров 3-4-го типа (по FIGO). Аденомиоз. Патология эндометрия.

Осложнения: Постгипоксическая энцефалопатия с выраженным когнитивным дефицитом, легкими вистибуло-атактическими нарушениями. Состояние после клинической смерти. Оклюзия артерии дуги стопы с развитием сухой гангрены пальцев левой стопы на фоне постренимационной болезни.

Сопутствующий: Острый восходящий варикотромбофлебит БПВ 18 мм от устья слева. Состояние после кроссектомии БПВ слева и справа, подострый тромбофлебит БПВ до в/3 бедра справа и слева.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

В клинической практике, проблема профилактики и коррекции часто встречающихся нарушений гемостаза, оказывающих самое существенное влияние на исход многих заболеваний и критических состояний, остается по-прежнему актуальной [1]. В представленном клиническом случае принимая во



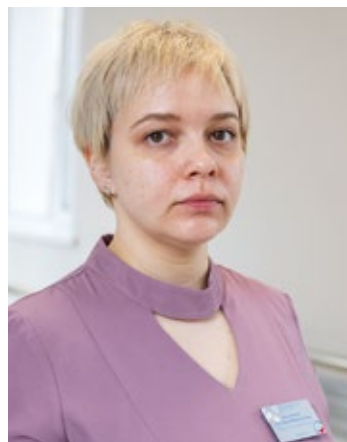
внимание экстренность показаний к оперативному вмешательству при отсутствии убедительных данных за наследственную патологию гемостаза при клинике тромбоза и активного кровотечения, подтвердить «наследственную тромбофилию» на фоне проводимой трансфузионной терапии с замещением факторов свертывания не представлялось возможным, так как это могло бы дать ложно положительный результат [2-3]. Но, несмотря на тяжесть состояния на фоне интенсивной терапии отмечалась положительная динамика в неврологическом статусе — восстановление до полного сознания (при выписке из стационара без неврологического дефицита), нормализации всех показателей крови и гемостаза. Пациентка на 35-е сутки была выписана из стационара с рекомендациями обследования в системе гемостаза. Выявлено носительство генов тромбофилии по MTFHR, MTRR, PAI-I d в гомозиготной форме по FGB, ITGA2, ITGB3 в гетерозиготной форме с умеренной гомоцистеинемией у нее и родного брата. Через 1,5 месяца пациентка повторно была госпитализирована в отделение гинекологии для эндоваскулярной эмболизации маточных артерий. Течение оперативного лечения и анестезии без осложнений. ■

Список литературы:

1. Точетов В. А., Кильдюшевский А. В., Фаенко А. П., Митина Т. А. Заместительная гемокомпонентная и препаратная терапия нарушений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза в клинической практике. Учебно-методическое пособие. — Москва. — 2022.
1. O'Donnell J., Riddell A., Owens D., Handa A., Pas J., Hamilton G., Perry DJ. Role of the Thrombelastograph as an adjunctive test in thrombophilia screening. Blood Coagul Fibrinolysis. — 2004; 15(3): 207–211. <https://doi.org/10.1097/00001721-200404000-00002>.
1. Simioni P., Tormene D., Luni S., Caldato M., Girolami A. Clinical and laboratory expression of associated thrombophilic conditions (homozygous/heterozygous factor V Leiden mutation and heterozygous prothrombin variant 20210A) in an Italian family. Blood Coagul Fibrinolysis. 2000; 11(4):379–384. <https://doi.org/10.1097/00001721-200006000-00010>.

Клинический случай впервые выявленной аутоиммунной гемолитической анемии с внесосудистым гемолизом у пациентки 80 лет

Авторы: В. Н. Козлякова, М. С. Заремба, И. К. Плотников, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Валерия Николаевна Козлякова,
врач-анестезиолог-реаниматолог
ОРИИТ № 4, КГБУЗ «КМКБСМП им.
Н. С. Карповича»

Аутоантитела могут воздействовать на эритроциты в кровеносном русле, эритронобласты костного мозга и ранние клетки-предшественницы эритроцитов периферической крови [5]. По механизму разрушения эритроцитов выделяют внутриклеточный, внутрисосудистый и смешанный варианты гемолиза.

В представляемом случае проявления АИГА первично сопровождалась гемолизом *in vitro*, что значительно затрудняло определение тактики и незамедлительной дифференциальной диагностики происходящего патологического процесса. Также известно, что прямая проба Кумбса в большинстве случаев АИГА положительна, но при массивном гемолизе может быть отрицательной [4].

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С., 80 лет, поступила в отделение медицинской ре-

■ Согласно данным Национального гематологического сообщества, частота аутоиммунных гемолитических анемий (далее АИГА) составляет 1:41000–1:80000 случаев [4]. АИГА представляет собой патологическое состояние, возникающее в результате образования аутоантител к поверхностным антигенам эритроцитов, что сопровождается внутриклеточным или внутрисосудистым гемолизом.

билитации после проведенного тотального эндопротезирования левого коленного сустава с замещением задней крестообразной связки в травматологическом отделении КГБУЗ КМКБСМП им. Н. С. Карповича. Ранний послеоперационный период по данным системы qMS проходил без особенностей. В отделении травматологии однократно проводилась гемотрансфузия по показаниям (снижение гемоглобина (Hb при поступлении 128 г/л) до Hb 77 г/л (гемотрансфузия одноклассной взвеси 615 мл с соответствующим фенотипом после совмещения, отрицательной биологической пробы). Согласно маршрутизации при выписке пациентки из травматологического отделения рекомендовано дальнейшее лечение в реабилитационном центре КМКБСМП.

При госпитализации в отделение реабилитации (далее ОМР) субъективное самочувствие пациентки по записям системы qMS, а также при сборе анамнеза при поступлении в ОРИИТ № 4, не страдало, активных жалоб, не касающихся ведущей патологии, не предъявляла. При поступлении в ОМР обращает на себя внимание сохраняющаяся анемия (Hb 104 г/л). За период нахождения в ОМР сохранялась тенденция к нарастанию анемии со снижением гемоглобина до 71 г/л при отсутствии явных признаков кровотечения.

Курирующим врачом физической и реабилитационной медицины инициирована гемотрансфузия одноклассной взвеси с соответствующим фенотипом (проба Кумбса и антиэритроцитарные антитела перед гемотрансфузией отрицательные, биологическая проба отрицательная).

По истечении третьих суток от момента гемотрансфузии персоналом ОМР в экстренном порядке вызван дежурный врач-анестезиолог-реаниматолог в связи с ухудшением состояния пациентки. На момент осмотра в ОМР объективно: пациентка в сознании, предъявляет жалобы на озноб, тошноту, рвоту съеденной накануне пищи, боль в поясничной области. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричные, умеренной влажности, отмечался тремор, умеренная гипотония (АД 90/50 мм рт. ст. ЧСС 79 уд/мин), боли в поясничной области при пальпации. Пациентка незамедлительно транспортирована в сопровождении дежурного анестезиолога-реаниматолога в ОРИИТ № 4 на самостоятельном дыхании, без вазопрессорной или инотропной поддержки. В ОРИИТ №4 начат расширенный гемодинамический и респираторный мониторинг, проведена установка центрального венозного катетера (ЦВД 80 мм вод. ст.), катетеризация мочевого пузыря

катетером Фолея, обращало на себя внимание одномоментное выделение 400 мл мутной мочи цвета мясных помоев.

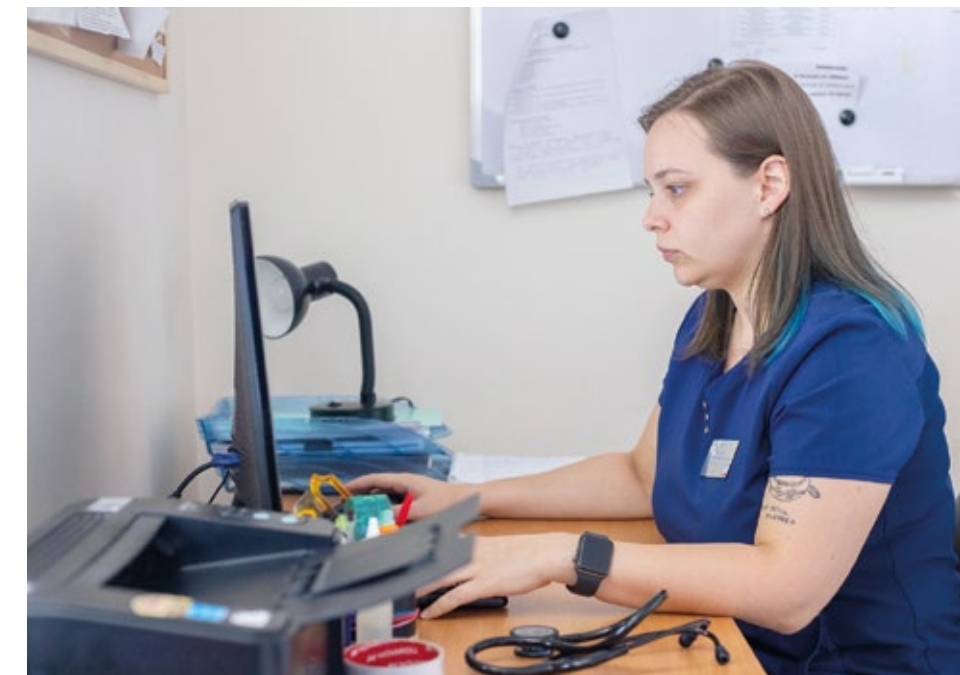
Лабораторно. В клиническом анализе крови панцитопения: WBC 2.2 109/л, RBC 2.22 1012/л, PLT 72,0 109/л; анемия тяжелой степени Hg 70 г/л, биохимический анализ крови и коагулограмма — гемолиз проб. Исследование эритроцитов: MCV 95,6 фл; MCH 32,6 пг; ЦП 0,98; MCHC 31,4 г/дл.

Инструментальные исследования: ЭКГ. Ритм: синусовый с ЧСС 75 уд. в мин. УЗИ ОБП и почек: диффузные изменения в печени и в поджелудочной железе. Атеросклероз брюшного отдела аорты. Диффузные изменения паренхимы почек. Кисты почек. Рентген ОГК очаговых и инфильтративных теней не определяет.

Оценка состояния по шкалам. Шкала Глазго: 15 бал. Шкала SOFA: 5 бал. Шкала SAPSII: 45 бал. Шкала FOUR: 16 бал. Шкала RASS: 1 бал.

Начата интенсивная терапия: однократно введен дексаметазон 8 мг в/в струйно в разведении, назначена дезинтоксикационная, диуретическая терапия, профилактика ВТЭО (гепарин натрия ввиду предполагаемого ОПП, эластичные бинты), профилактика стрессовых язв, прокинетическая терапия, превентивно назначена АМТ. Проведена немедленная телемедицинская консультация с заведующим отделением переливания крови, терапия согласована. Динамика с начала проведения терапии со слабым эффектом: АД 123/76 мм рт. ст. ЧСС 72 уд./мин, SpO₂ на атм. воздухе 98 %, субъективно тошнота купирована, беспокойство не выражено, тремор отсутствует. При повторном заборе анализов (алт, аст, кк, кк-мв, электролиты (Na, K, Cl), билирубин общий, билирубин прямой, креатинин, мочевины, амилаза крови) сохраняется гемолиз.

После двух суток интенсивной дезинтоксикационной терапии, диуретической терапии, инструментальной диагностики, лабораторно впервые получены данные помимо гемолиза: выявлена умеренная гипербилирубинемия (билирубин общий 35,10 мкмоль/л), гиперазотемия (креатинин 437,7 мкмоль/л, мочевины 32,21 ммоль/л), СРБ до 41,45 мг/л, в клиническом анализе



крови сохраняется панцитопения. Нарушения витальных функций нет, темп диуреза восстановлен, моча сохраняла цвет мясных помоев.

Пациентка консультирована врачом-гематологом ККБ № 1. Изменения в анализах крови носят вторичный характер на фоне развившейся ПОН, сепсиса. Данных за первичное заболевание системы кроветворения, т. ч. В12-дефицитную анемию, нет.

Учитывая, что уровень гемоглобина продолжал прогрессивно снижаться, пациентка повторно консультирована гемотрансфузиологом, по рекомендации проведения трансфузии двух доз, подобранных по индивидуальному подбору эритроцитарной взвеси, с одновременным введением дексаметазона (32 мг в/в капельно одномоментно с проведением гемотрансфузии) с положительным нестойким эффектом, сохраняется тенденция к нарастанию гипербилирубинемии, гиперазотемии.

Одновременно продолжался поиск предполагаемого очага инфекции: рентгенография ОГК, ЭхоКГ, посев крови на стерильность, посев мочи, ОАМ, УЗИ ОБП и почек. По результатам дообследования данных за инфекционный процесс выявлено не было. Пациентка консультирована врачом клиническим фармакологом с целью назначения оптимальной превентивной АМТ; консультирована

врачом-нефрологом, по почечным причинам проведение сеанса ЗПТ не показано на момент консультации.

На 4-е сутки нахождения в ОРИИТ на фоне нарастания интоксикационного синдрома, нарастания азотемических показателей крови, ввиду отсутствия убедительных данных о характере и природе патологического процесса инициирована процедура ЗПТ в режиме CVVHDF длительностью 60 ч 52 мин, на фоне чего отмечается положительная динамика, уровень креатинина снизился до нормального на момент окончания процедуры.

Учитывая тенденцию к анемии на фоне повторных трансфузий эритроцитов при отсутствии клиники кровотечений, положительную динамику после вводимых ГКС, клинику ОПП, отсутствие явного очага инфекционного процесса после проведенного дообследования, запрошена повторная консультация врача-гематолога.

Врач-гематолог ККБ № 1 на восьмые сутки пребывания пациентки в ОРИИТ повторно заключил: суждение о пациентке остается прежним, на фоне прогрессирования патологического процесса изменения в гемограмме стали еще более глубокими. Вторичная миелосупрессия на фоне ПОН.

Учитывая диагностически неоднозначный происходящий процесс, двухкратную консультацию

гематолога с отсутствием гематологического диагноза, несмотря на клиническую картину, с целью определения тактики ведения пациентки далее, инициировано проведение консилиума в составе врача-пульмонолога Л. К. Орловой; зав. ОПК П. В. Сарапа; зав. нефрологическим отделением М. Л. Росовской; д. м. н., врача-терапевта Е. И. Харькова; д. м. н., врача-инфекциониста Е. П. Тихоновой; д. м. н., врача-хирурга Д. Э. Здзитовецкого.

Результат консилиума: на основании анамнестически полученных эритроцитов суммарно 7 единиц (2440 мл) с низкой эффективностью, при этом в анализах крови нарастает уровень ферритина (2110,4 мкг/л), на фоне ретикулоцитоза 47,2 промилле, значительного повышения ЛДГ (маркер цитолиза) до 2751,1 ед/л, умеренного повышения билирубина, АСТ, ГГТП, можно предположить наличие аутоиммунного внесосудистого гемолиза эритроцитов.

Диагноз клинический: аутоиммунная гемолитическая анемия. Осложнения: острое почечное повреждение ренальное, тяжелой степени, по KDIGO 3.

По результатам консилиума пациентка получила пульс-терапию метипредом в течение 3 дней по 250 мг в/в капельно в разведении с последующим переводом на пероральные формы. На фоне проводимой терапии отмечалась стойкая положительная динамика, потребности в гемотрансфузии одноклассных эритроцитов по индивидуальному подбору более не было.

Пациентка находилась в ОРИТ № 4 23 койко-дня, за время нахождения с положительной динамикой, купированием явлений эндогенной интоксикации, купированием гемолиза, восстановлением



фильтрационной функции почек. За период нахождения в ОРИТ пациентка была консультирована клиническим психологом, проводились реабилитационные мероприятия. Гнойно-септических осложнений не было. Проведения искусственной вентиляции легких не требовалось. Пациентка переведена для дальнейшего лечения в нефрологическое отделение с показателями: WBC 8,7 109/л, RBC 2,62 1012/л, HGB 82,0 г/л, HCT 25,4 %, MCV 96,9 фл, MCH 31,3 пг, цветовой показатель 0,94, MCHC 32,3 г/дл.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное эмпирическое начало ведения пациентки со стертой клинической картиной как пациентки с аутоиммунной гемолитической анемией позволило добиться положительного исхода

и перевода из ОРИТ в профильное отделение терапевтического профиля.

При наблюдении за пациенткой проведен третий осмотр врачом-гематологом ККБ № 1 — диагноз, выставленный консилиумом, подтвержден.

Окончательный диагноз при выписке пациентки из стационара на амбулаторное лечение.

Основной: острая пигментная нефропатия.

Фоновое заболевание: хроническая аутоиммунная гемолитическая анемия тяжелой степени (проба Кумбса 2+).

Осложнение: ОПП, ренальное, III ст. тяж. по KDIGO, олигурическое.

При выписке WBC 11,2 109/л, RBC 2,7 1012/л, HGB 86,0 г/л, HCT 26,4 %, MCV 97,8 фл, MCH 31,9 пг, цветовой показатель 0,96, MCHC 32,6 г/дл. ■

Список литературы:

1. Аксельрод Б. А., Балашова Е. Н., Баутин А. Е., Баховадинов Б. Б., Бирюкова Л. С., Буланов А. Ю., Быстрых О. А., Виноградова М. А., Галстян Г. М., Гапонова Т. В., Головкина Л. Л., Гороховский В. С., Еременко А. А., Жибурт Е. Б., Журавель С. В., Кохно А. В., Кузьмина Л. А., Кулабухов В. В., Купряшов А. А., Лубнин А. Ю., Мазурок В. А., Меньшугин И. Н., Минеева Н. В., Михайлова Е. А., Никитин Е. А., Оловникова Н. И., Ошоров А. В., Певцов Д. Э., Попцов В. Н., Рогачевский О. В., Салимов Э. Л., Титков К. В., Трахтман П. Е., Троицкая В. В., Федорова Т. А., Фидарова З. Т., Цветаева Н. В., Чжао А. В., Шестаков Е. Ф. Клиническое использование эритроцитсодержащих компонентов донорской крови // Гематология и трансфузиология. — 2018; 63 (4): 372-435. <https://doi.org/10.25837/HAT.2019.62.39.006>
2. Васильченкова П. И., Гальцева И. В., Лукина Е. А. Аутоиммунная гемолитическая анемия: современное состояние вопроса // Онкогематология. — 2023; 18 (2): 60-7. DOI: 10.17650/1818 8346 2023 18 2 60 67
3. Кузьминова Ж. А., Сметанина Н. С. Аутоиммунная гемолитическая анемия: современная диагностика и терапия // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2016; 15 (3): 5-11. DOI: 10.20953/1726-1708-2016-3-5-11
4. Цветаева Н. В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аутоиммунных гемолитических анемий
5. Патофизиология : учебник : в 2 т. / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. — 4-е изд., перераб. и доп. — ГЭОТАР-Медиа, 2020. — Т. 2. — 640 с. : ил.

На базе стационара **КМКБСМП** появилась возможность при необходимости получить

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО 25 НАПРАВЛЕНИЯМ

+ Невролог	+ Дерматовенеролог	+ Травматолог	+ Гинеколог
+ Ревматолог	+ Инфекционист	+ Уролог	+ Сердечно-сосудистый хирург
+ Нейрохирург	+ Кардиолог	+ Хирург	+ Пульмонолог

СЛУЖБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ

Лечение хронического болевого синдрома – блокада под рентгенологическим контролем.

ЭНДОСКОПИЯ

МРТ КТ РЕНТГЕН УЗИ

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

- Базовые показатели работы организма.
- Оценка риска сердечно-сосудистой системы.
- Выявление анемии, сахарного диабета и др.

ВЫСОКОТОЧНЫЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

На определение возбудителей широкого спектра бактериальных и грибковых инфекций с определением чувствительности к антибактериальным препаратам

- Острые кишечные, бактериальные, респираторные инфекции.
- Гнойно-воспалительные заболевания и др.
- Исследование на дисбактериоз кишечника.



ТЕЛЕФОН АДМИНИСТРАТОРА ПЛАТНЫХ УСЛУГ
286-69-58
Курчатова, 17 стр.18

ПОДРОБНЕЕ
ИНФОРМАЦИЯ
ЗДЕСЬ



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Клинический случай передозировки сартанами у пациента с феохромоцитомой

Авторы: Ч. М. Хунай-оол, В. Н. Козлякова, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Чейнеш Мергеновна Хунай-Оол,
врач-анестезиолог-реаниматолог ОРИИТ
№ 4 КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Со слов пациента, в 2010 году в г. Новосибирске ему диагностирована феохромоцитома, постоянный прием антигипертензивных препаратов разных групп. Выписных документов, подтверждающих диагноз, при обращении не представлено. На руках у пациента выписка из медицинской карты ККБ № 1, согласно которой диагноз феохромоцитомы ни подтвержден, ни опровергнут — пациент направлен на дообследование. Проведена коррекция антигипертензивной терапии.

Феохромоцитома — опухоль из хромофинной ткани коркового слоя надпочечников, продуцирующая большое количество катехоламинов [7]. Двумя грозными осложнениями являются катехоламиновый криз и катехоловый шок — состояние «неуправляемой гемодинамики», которое проявляется устойчивой гипотонией. Развитие катехоламинового шока связано, с одной стороны, с внезапным изменением чувствительности адренорецепторов, а с другой — с изменением механизмов инактивации и метаболизма катехоламинов [2].

■ Пациент М. 54 лет доставлен в приемное отделение БСМП бригадой скорой медицинской помощи ввиду выраженной гипотонии. В противошоковом зале начат мониторинг (АД при поступлении 60/40), установлен центральный венозный катетер, начата вазопрессорная и инотропная поддержки без выраженной положительной динамики.



Учитывая анамнез со слов, на этапе противошокового зала, по согласованию с заведующей эндокринного отделения в телефонном режиме, проведена пульс-терапия глюкокортикостероидами (дексаметазон 4 мг в/в струйно в разведении и преднизолон 120 мг в/в капельно на Sol. Natrii Chloridi 0,9 % — 500 ml однократно) без положительного эффекта. Для дальнейшего лечения пациент переведен в ОРИИТ № 4 в сопровождении анестезиолога-реаниматолога на кардиотонической поддержке.

На момент поступления в ОРИИТ № 4 пациент в сознании, доступен контакту, общается распространенными предложениями, ориентирован верно, взволнован. Продолжен непрерывный динамический

мониторинг витальных функций. Дозировки норэпинефрина 0,800 мкг/кг/мин, эпинефрина 0,117 мкг/кг/мин. По ЭКГ-монитору синусовый ритм, изменений со стороны ЭКГ нет, SpO₂ 98 % на атмосферном воздухе, без O₂. Принимая во внимание отсутствие положительного эффекта от пульс-терапии ГК на этапе приемного покоя, катехоловый шок под сомнением.

При доскональном сборе анамнеза: снижение давления беспокоит в течение двух суток, тогда же отметил снижение темпа диуреза. Антигипертензивную терапию принимал. Учитывая сказанное, продолжена интенсивная терапия, кардиотоническая поддержка, начата диуретическая терапия, на фоне чего темп диуреза к окончанию наблюдения

первых суток восстановлен. При расспросе супруги: за предшествующую неделю пациент был склонен к кризовому течению артериальной гипертензии, на фоне чего за пять суток было принято кандесартана (дозировку уточнить не может) 28 таблеток, после чего эпизод неконтролируемой гипотонии с последующей госпитализацией.

Длительность антигипертензивного эффекта кандесартана достигает 32 часов [5]. Препарат выводится почками и желчью, практически не метаболизируясь в печени. Ввиду этого у пациента с нарушением темпа диуреза произошло кумулирование препарата, приведшего к выраженной некорректируемой гипотонии.

За время нахождения в ОРИИТ проведены дообследования. ЭхоКГ: по монитору частая экстрасистолия. Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок AoK 1-й ст. Аорта умеренно расширена в области корня (3,9 см). Минимальная аортальная регургитация. Расширены полости ЛП и ПП. Асимметричная гипертрофия стенок ЛЖ, МЖП в базальном отделе до 2,0 см, с признаками обструкции ВТЛЖ (максимальный градиент ВТЛЖ — 45 мм рт. ст.). Митральная недостаточность 1-2-й ст. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по псевдонормальному типу. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. ФВ — 59 %. Участков гипокинезии не определяется. Недостаточность ТК 1-2-й ст. Минимальная легочная гипертензия. СДЛА 40 мм рт. ст. Перикардального выпота нет.

УЗИ почек и надпочечников. Результат: экстроструктурных изменений со стороны почек на момент

Феохромоцитома — заболевание



исследования не выявлено.

По данным ЭКГ, за период наблюдения ишемии нарушения ритма не было выявлено. В биохимическом анализе крови обращала на себя внимание выраженная гиперазотемия (креатинин 938,6 и мочевины 43,64) с положительной динамикой снижения при восстановлении темпа диуреза. Осмотрен врачами-консультантами: кардиологом, эндокринологом, нефрологом, пульмонологом, клиническим фармакологом, инфекционистом.

Вазопрессорная поддержка прекращена на 4 сутки в ОРИИТ, инотропная поддержка прекращена на 4 сутки. Пациент с положительной динамикой переведен для дальнейшего лечения в эндокринологическое отделение. На момент перевода АД 140/91 мм рт. ст., ЧСС 98-90/мин, SpO₂ 98 % при FiO₂ 21 %. Пациент находился на лечении в ОРИИТ № 4 койко-дней.

Феохромоцитома — заболевание

с множеством масок. При поступлении пациентов с подозрением на данную патологию или указанием ее в анамнезе дифференциальная диагностика осложнений является основным камнем преткновения мультидисциплинарной бригады. В представленном случае имела место передозировка антигипертензивными средствами, что повлекло за собой критическое снижение артериального давления. Незамедлительная терапия на догоспитальном этапе и этапе противошокового зала повлияла на положительный исход данного эпизода. Дообследование и углубленный сбор анамнеза, в том числе у родственников пациента, помогли выставить окончательный диагноз.

При проспективном наблюдении, пациент выписан из БСМП в ясном сознании, с коррекцией антигипертензивной терапии. За последующие 3 месяца повторных обращений в БСМП не было. ■

Список литературы:

1. Абдулгасанов Р. А., Аракелян В. С., Иванов А. В., Абдулгасанова М. Р., Гасымов Э. Г., Провоторова Ю. Р., Иванова Е. В., Юсифов А. С. Феохромоцитома надпочечников среди пациентов с артериальной гипертензией.
2. Дайльнев В. И., Прилепа С. А., Карапаш Т. В., Турулина Е. С. Феохромоцитома в реальной практике эндокринолога (клинический случай) // Вестник новых медицинских технологий. — 2019. — № 1. — С. 33–37. DOI: 10.24411/1609-2163-2019-16296.
3. Леонова М. В. Сартаны в лечении артериальной гипертензии: преимущества кандесартана // Consilium Medicum. — 2019; 21 (1): 25–30. DOI: 10.26442/20751753.2019.1.190280
4. Остроумова О. Д., Бондарец О. В., Гусева Т. Ф. Преимущества кандесартана в лечении артериальной гипертензии // Системные гипертензии. — № 2. — 2014.
5. Чихладзе Н. М., Сивакова О. А., Блинова Е. В., Сахнова Т. А., Колос И. П., Литонова Г. Н., Чазова И. Е. Эффективность применения кандесартана при гипертонической болезни и при нефрогенной артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008; 7 (7).
6. Чельцов В. В., Гушина Ю. Ш., Илларионова Т. С., Коровякова Э. А., Моисеева А. Э., Переверзев А. П., Стефаненко Е. Ю., Зырянов С. К. Блокаторы рецепторов ангиотензина II: фокус на кандесартан // Терапия. — 2016; 4(8): 103–113
7. Яковлева Е. В., Лобанова О. С., Жукова Е. В. и др. Феохромоцитома с постоянной формой артериальной гипертензии // Архив внутренней медицины. — 2019; 9 (4): 316–322. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-4-316-32.

Практический опыт работы отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в условиях многопрофильного стационара КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Авторы: М. Е. Казанцев, А. А. Крючков, Е. Е. Пыкин, М. М. Николаенко, И. А. Матвеев КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» (по материалам сборника статей IV Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы лечения пациентов с сочетанной травмой — 2025»)



Максим Евгеньевич Казанцев,
заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Появление патологии в размерах и формах челюстей чаще всего связано с наследственной предрасположенностью и врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, такими как расщелины губы и нёба, гемифациальная микросомия, синдромы Робена и Гольденхара и другие. Также эти аномалии могут

■ **Аномалии развития зубочелюстной системы могут быть показателем нарушений в организме в целом, таких как гормональные дисбалансы или генетически обусловленные аномалии скелета.**

возникать из-за нарушений в развитии височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), травм челюстей, которые затрагивают зоны роста, а также в результате рахита и заболеваний, связанных с обменом веществ, особенно с нарушениями кальциевого обмена и эндокринными расстройствами. Менее значительными, но все равно потенциально влияющими факторами могут быть: затрудненное носовое дыхание, макроглоссия, неправильное грудное вскармливание, осложнения кариеса и недостаточная жевательная нагрузка, обусловленная диспропорцией между размерами зубов и участками челюстей.

По данным международной статистики, от 5 % до 15 % людей имеют зубочелюстную аномалию, которая характеризуется значительной диспропорцией роста челюстей, и для ее коррекции необходимо прибегать к комбинированному

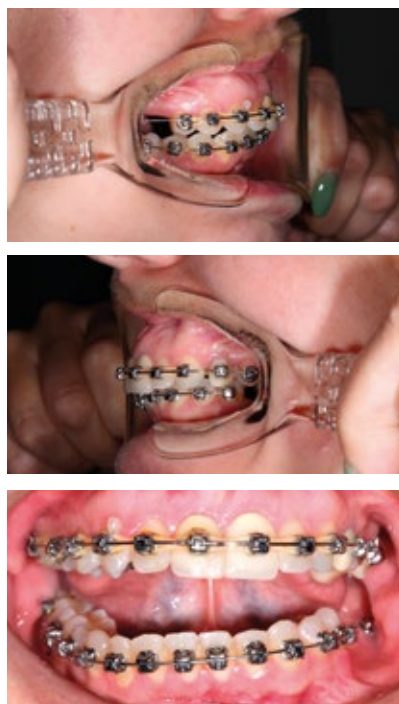


Рисунок 2. Ортопротокол «ДО» в полости рта

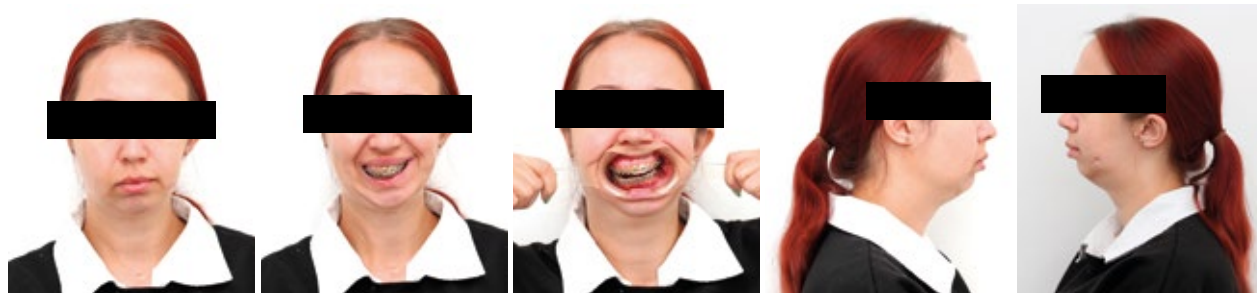


Рисунок 1. Ортопротокол «ДО»



Рисунок 3. МСКТ лицевого скелета «ДО»

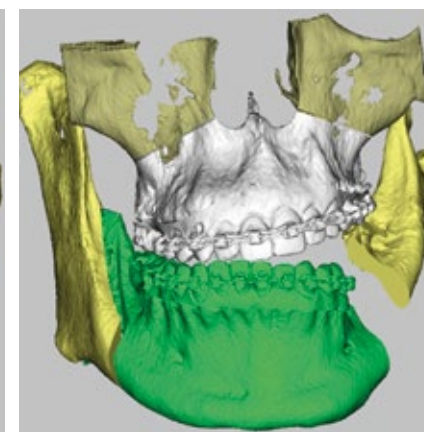
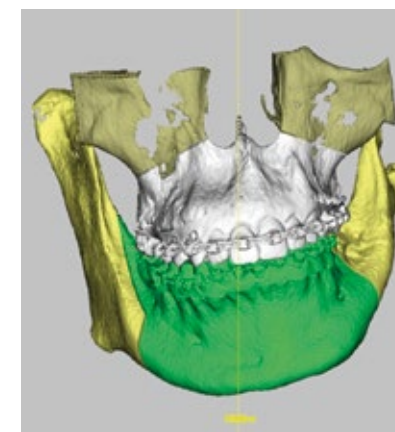


Рисунок 5. Планирование остеотомии, сопоставления челюстей

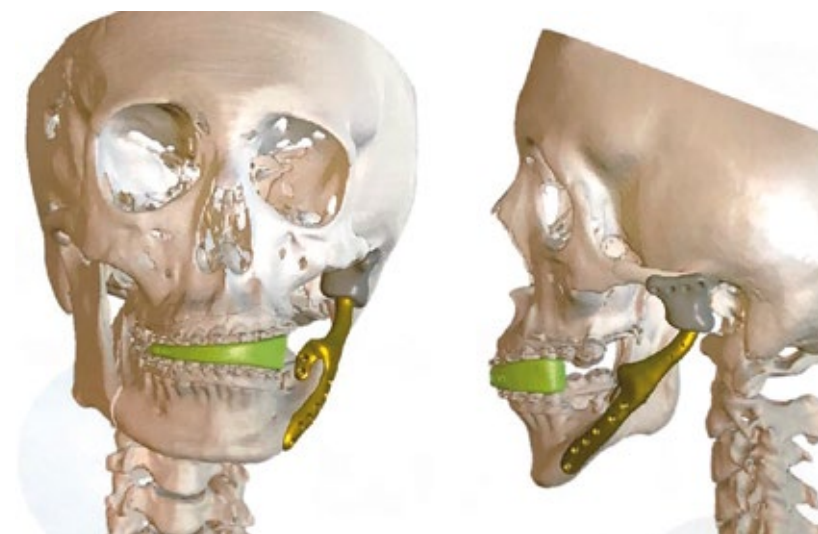


Рисунок 4. Планирование эндопротезирования левого ВНЧС

лечению, включающему принципы ортогнатической хирургии.

Пациентка, 32 года, обратилась на консультацию к ЧЛХ КМКБСМП им. Н. С. Карповича с тотальными аномалиями развития лицевого скелета. Выполнены фотопротокол (рис. 1, 2), МСКТ лицевого скелета (рис. 3).

В качестве лечения предложена комбинированная операция, сочетающая ортогнатическую операцию и эндопротезирование левой суставной ямки головки, участка ветви нижней челюсти.

Эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава включало остеотомию неправильно сформированной левой ветви нижней

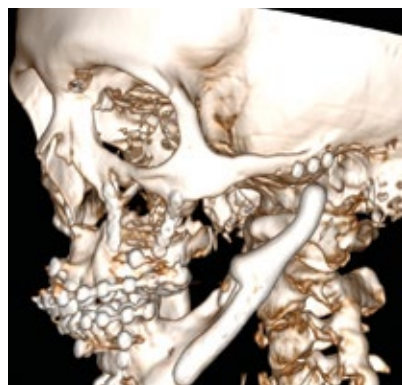


Рисунок 6. МСКТ лицевого скелета «ПОСЛЕ»

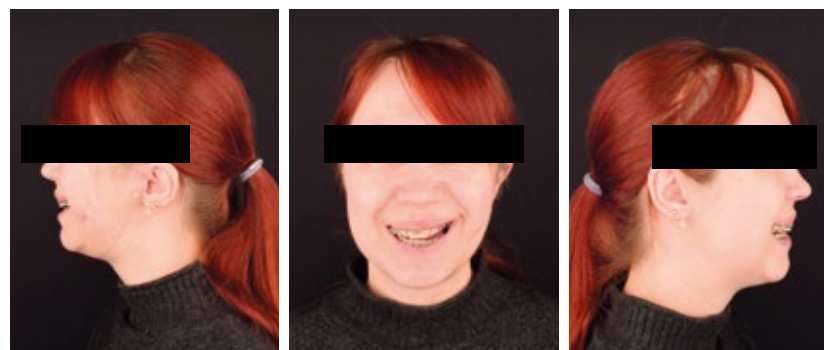


Рисунок 7. Фотопротокол «ПОСЛЕ»

челюсти по шаблону и фиксации нового индивидуального протеза левых суставной ямки, участка ветви, головки нижней челюсти (рис. 4).

Ортогнатическая операция заключалась в проведении остеотомии нижней челюсти по Dal Pont, верхней челюсти по Le Fort I, восстановление окклюзии по индивидуальному сплиту (рис. 5).

После проведенной комбинированной операции на следующий день выполнено МСКТ лицевого скелета (рис. 6).

На данный момент пациента проходит коррекцию прикуса у врача-стоматолога-ортодонта.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае аномалии развития лицевого скелета проведены планирование комбинированной операции и поэтапное лечение пациента: эндопротезирование левых суставной ямки, участка ветви, головки нижней челюсти, двучелюстной остеотомии, сопоставления челюстей.

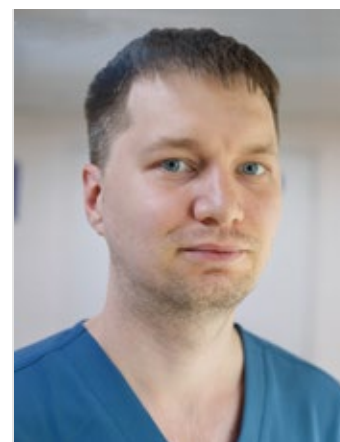
Комплексное оперативное лечение пациентов с аномалиями развития зубочелюстной системы позволяет максимально быстро активировать и реабилитировать в физическом и моральном планах, значительно улучшая качество жизни, особенно в сфере социума. ■

Список литературы:

1. Arnett G. W., Gunson M. J. Facial planning for orthodontists and oral surgeons // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. — 2004. — Vol. 126, n 3. — P. 290–295.
2. Дробышев А. Ю., Анастасов Г. Основы ортогнатической хирургии. — Москва: Печатный город. — 2007. — 55 с.
3. Дробышев А. Ю. Основы обследования, планирования и оперативного лечения больных с врожденными аномалиями и деформациями челюстей: учебно-методическое пособие. — М.: МГМСУ, 2007. — 42 с.
4. Лежнев Д. А., Петровская В. В. Современные тенденции лучевой диагностики в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (лекция) // Радиология — практика. — 2019. — № 5. — С. 57–73.
5. Безруков В. М., Соловьев М. М. Врожденные и приобретенные аномалии и деформации челюстно-лицевой области // Справочник по стоматологии; под ред. В. М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998. — С. 269–274.
6. Wolford L. M., Chamello P. D., Hilliard F. W. Occlusal plane alteration in orthognathic surgery // Oral Maxillofac Surg. — 1993; 51:73010.
7. Сенюк А. Н., Богатырьков Д. В., Волчек Д. А., Мохирев М. А. Особенности ортодонтической подготовки перед проведением ортогнатических операций у пациентов со скелетной аномалией окклюзии II класса Энгля // Стоматология. — 2010. — № 3. — С. 65–68.
8. Epker B. N., Stella J. P., Fish L. C. Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction. 2 ed. — St. Louis. — 1994. — Vol. 1. — P. 8–28, 64, 72–139.
9. Chambers P. A., Yavuzer C. R., Jackson I. T., Topf J. S., Lash S. M. One-stage correction of complex facial disproportion // J. Craniofac. Surg. — 1999. — Vol. 10. — n. 3. — P. 214–221.
10. Carlotti A. E., George R. Differential diagnosis and treatment planning of the surgical orthodontic Class III malocclusion // Am J Orthod Dentofacial. Orthop. — 1981. — Vol. 79. — n. 4. — P. 424–36.

Клинический опыт лечения пациента с посттравматической назальной ликвореей как следствие боевой минно-взрывной травмы

Авторы: А. К. Горбушин, О. Б. Куликов, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»



Антон Константинович Горбушин, врач-нейрохирург нейрохирургического отделения КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ За два месяца до поступления в стационар боец СВО получил открытую проникающую минно-взрывную ЧМТ, осколочное ранение лобной и основной пазух, осложнившуюся назальной ликвореей. Проведенная консервативная терапия не принесла ожидаемого эффекта. В последующем выполнена пластика дефекта основания черепа с хорошим клиническим эффектом.

Черепно-мозговая травма в структуре как гражданского спектра общих повреждений, так и в ходе СВО, занимает последнее место. Так, учитывая статистические данные всех повреждений в ходе СВО, с февраля 2022 года частота ЧМТ занимает от 8 % до 20 % [1, 2]. Лечение пациентов с огнестрельными ранениями черепа и головного мозга относится к важнейшим проблемам современной хирургии повреждений. Выживаемость бойцов, получивших травму

головы, плотно коррелирует с адекватной оценкой тяжести состояния на каждом из этапов эвакуации и скоростью прибытия в пункт оказания специализированной медицинской помощи [3]. Все эти обстоятельства диктуют тактику современного подхода в организации оказания комплексной специализированной нейрохирургической помощи пострадавшим. Мы представляем клинический случай лечения пациента с осколочным ранением головы, полученным в ходе СВО.

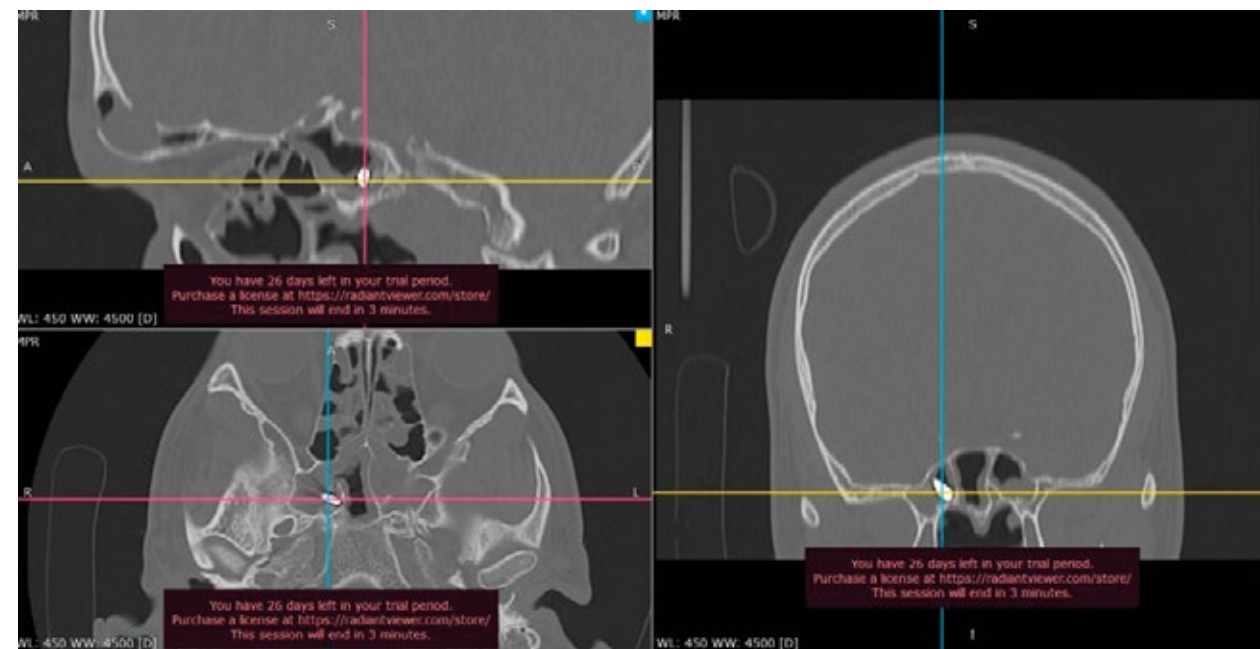


Рисунок 1. Осколок основной пазухи

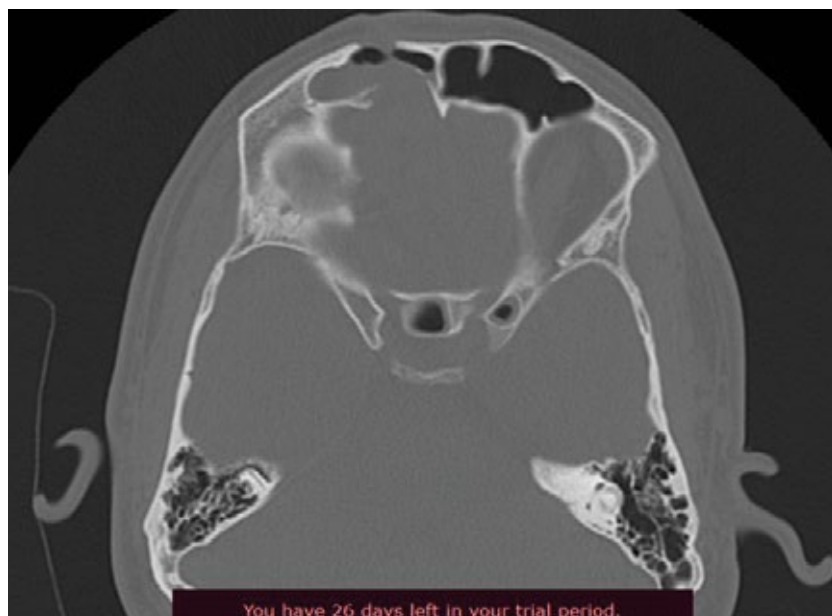


Рисунок 2. Перелом передней и задней стенок левой лобной пазухи

Насоликворея формируется в связи с образованием патологического сообщения между субарахноидальным пространством и примыкающими воздухоносными полостями носа. Костные отломки, фрагменты разорвавшегося снаружи, травмируют твердую мозговую оболочку, и, оставаясь в качестве инородного тела, могут стать источником хронического продуктивного воспаления, на фоне которого формируются фистульные ходы, соединяющие субарахноидальные пространства с параназальными полостями, что может

реализоваться в позднюю насоликворею.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент И., 19 лет, получил осколочные ранения головы и левого плеча в ходе выполнения боевой задачи во время специальной военной операции в октябре 2024 года. В декабре 2024 года поступил на этап специализированной медицинской помощи в ходе эвакуации в ПДО КМКБСМП им. Н. С. Карповича. При поступлении выполнен стандарт обследования пациента с ЧМТ, по данным которого

в лабораторных показателях отклонений не выявлено. В неврологическом статусе очаговой и общемозговой симптоматики нет; в локальном статусе определяется истечение прозрачной бесцветной жидкости из носовых ходов в скудном количестве.

По данным МСКТ головного мозга: переломы наружной и внутренней стенок лобной пазухи справа неизвестного срока давности с формированием сквозного дефекта, достигающего правой лобной доли, последняя несколько пролабирует в дефект. Переломы ячеек решетчатой кости и передней стенки клиновидной пазухи справа. Инородное тело в основной пазухе справа, диаметром 5 мм плотностью 1822 НУ. Снижение пневматизации обеих ВЧП, ячеек решетчатой кости, клиновидной пазухи.

Пациент госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Назначена антибактериальная, диуретическая и симптоматическая терапия.

Для снижения объема и давления циркулирующего ликвора, а также с диагностической целью, в плановом порядке выполнена люмбальная пункция. В ликворе воспалительных изменений нет. После проведенной пункции в течение нескольких суток ликвореи не отмечалось. Однако в дальнейшем, на фоне повышения артериального давления насоликворея возобновилась.



Рисунок 3. 3D-реконструкция перелома левой лобной пазухи со стороны полости черепа

От повторной пункции пациент категорически отказался. Было принято решение о проведении оперативного лечения.

Оперативное лечение посттравматической носовой ликвореи показано при повторении эпизодов истечения ликвора в случае отсутствия положительного эффекта на фоне проведения консервативной терапии.

Эффективным методом борьбы с насоликвореей, позволяющим предотвратить развитие рецидивирующего гнойного менингита являются реконструктивные операции на передней черепной ямке. Основной задачей хирургического лечения считается выявление и закрытие дефекта в ТМО и костях черепа.

Хирургическое лечение хронической ликвореи предполагает использование одного из трех методов:

1) интракраниальный с экстра- и интратуральным подходом к мозговым оболочкам (выполняется нейрохирургами при локализации ликворного свища в области решетчатой пластинки, клиновидной пазухи, задней стенки лобной пазухи, клеток решетчатого лабиринта);

2) трансфронтальный и трансэтноидальный (при наличии

ликворного свища в задней стенке лобной пазухи или в верхней стенке передних клеток решетчатого лабиринта);

3) эндоназальный — наименее травматичный. Показанием к нему служит локализация ликворного свища в крыше полости носа и, прежде всего, в передних отделах горизонтальной пластинки решетчатой кости. Сущность метода состоит в эндоназальном обнажении основания черепа и твердой мозговой оболочки в области локализации ликворного свища и закрытии дефекта трансплантатом, смоченным медицинским клеем [4].

В итоге было выполнено оперативное лечение: костно-пластическая трепанация черепа в правой лобной области. Пластика дефекта ТМО, пластика дефектов задней стенки лобной пазухи и решетчатой кости свободным мышечно-апоневротическим лоскутом, жировой тканью, сульфакрилатом.

Данная оперативная методика была выбрана ввиду ликвореи, вызванной обширной травмой задней стенки лобной пазухи и решетчатого лабиринта. Удаление осколка из основной пазухи планируется выполнить эндоскопически вторым этапом.

На следующий день после операции и в последующем послеоперационном периоде насоликвореи не отмечалось. Ведение пациента осуществлялось совместно с отоларингологом.

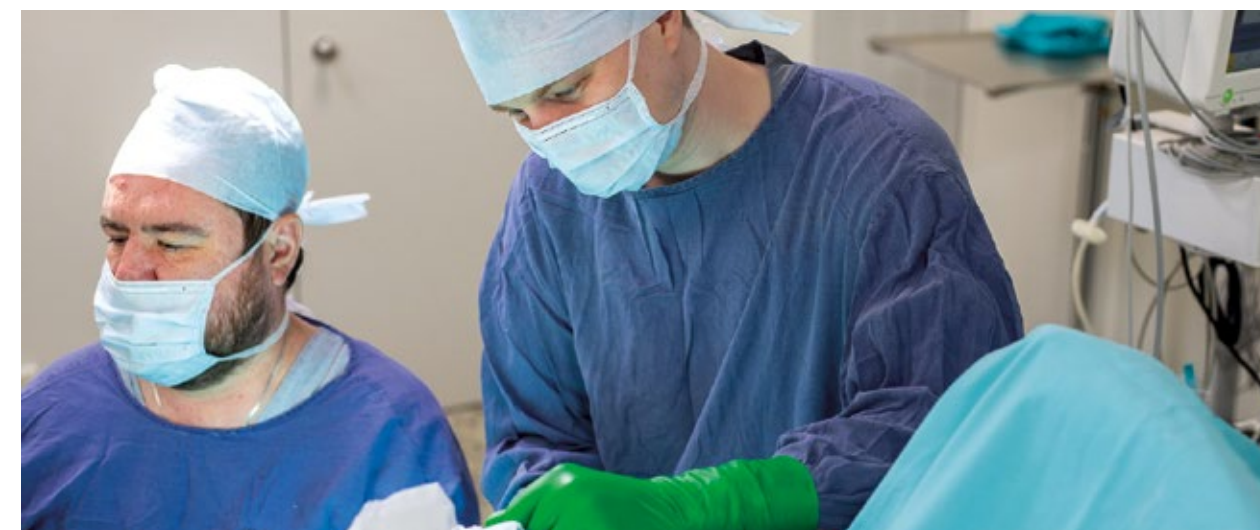
Послеоперационная рана у пациента зажила первичным натяжением без каких-либо особенностей. Был выписан в удовлетворительном состоянии в военный госпиталь, с рекомендациями проведения второго этапа лечения — трансназального удаления осколка из основной пазухи.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует один из вариантов осколочной травмы головы, осложненной насоликвореей с последующим успешным планом поэтапного лечения бойца.

■ ВЫВОД

Следует отметить, что к лечению данной категории пациентов (бойцы СВО) целесообразно привлекать психолога, так как отсутствие выраженных клинических проявлений патологии влечет за собой недооценку возможных последствий открытой ЧМТ (гнойный менингит). ■

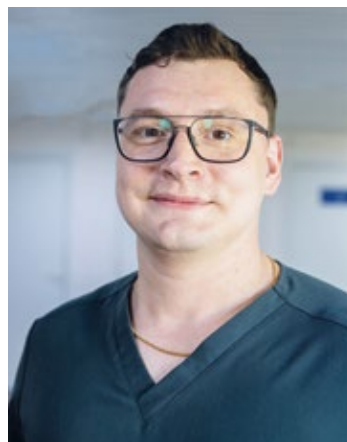


Список литературы:

1. Дорохов А. Е. Анализ характера травм и ранений, полученных в ходе специальной военной операции // Молодежный инновационный вестник. — 2023. — Том XII. — Приложение 2. — С. 46–49.
2. Ляхтинен Д. А. Совершенствование систем эксплуатации и восстановления вооружения и военной техники. Роль качества подготовки военных специалистов технического обеспечения // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции. — Омск. — 2024. — С. 465–470.
3. Солосин В. В. Организация оказания первой помощи раненым военнослужащим в зоне вооруженного конфликта / Медицина катастроф. — 2023. — № 3. — С. 34–37.
4. Lindstrom D. R. Management of cerebrospinal fluid rhinorrhea: the Medical College of Wisconsin experience // Laryngoscope. — 2004. — № 114 (6). — P. 969–974.

Проникающее слепое осколочное ранение позвоночного канала с компрессией спинного мозга на уровне грудного отдела позвоночника

Авторы: П. В. Ольшевский, С. Н. Манько, А. А. Кожемякина, И. Н. Турцук, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Павел Валерьевич Ольшевский,
врач-нейрохирург нейрохирургического
отделения КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н. С. Карповича»

■ **Описан клинический случай микрохирургического лечения слепого проникающего осколочного ранения позвоночного канала с компрессией спинного мозга на уровне Th4-Th5. Приведен краткий обзор литературы по огнестрельным ранениям позвоночника и спинного мозга (классификация, механизм повреждения нервных структур) по данным отечественной и зарубежной литературы.**

Многие пострадавшие с огнестрельными ранениями позвоночника нуждаются в хирургическом вмешательстве. Степень повреждения определяется рядом факторов, включая наличие ушиба спинного мозга, повреждения сосудов, а также расстояние, калибр и траекторию полета пули. Основным фактором прогноза неврологических расстройств является степень неврологического дефицита, сформировавшегося после ранения [4].

Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга относятся к наиболее тяжелым травматическим повреждениям с высоким уровнем инвалидизации и зачастую с летальными исходами. Тяжесть состояния пострадавших с таким видом повреждений в остром периоде травматической болезни зависит от различных биологических и физических факторов.

В литературе продолжает использоваться классификация огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга, предложенная Н. С. Косинской в 1945 году [5].

Стандартным методом в диагностике огнестрельных ранений позвоночника является спиральная компьютерная томография (МСКТ), позволяющая оценить положение ранящего инородного тела и степень повреждения костных структур в трехмерном пространстве.

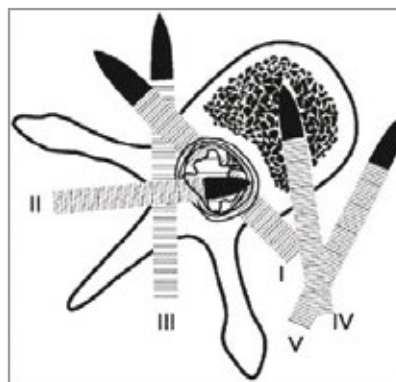


Рисунок 1. Типы раневых каналов при ранениях позвоночника и спинного мозга: I — проникающее сквозное; II — проникающее слепое; III — проникающее касательное; IV — непроникающее; V — паравертебральное

С целью исследования нарушений нервно-мышечной проводимости также рекомендуется выполнять ЭНМГ.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., 49 лет, получил 01.11.24 минно-взрывное ранение в область грудной клетки ходе выполнения боевой задачи в зоне проведения СВО. Входные ворота осколочного ранения — верхняя треть левой половины грудной клетки, в связи с чем было повреждено левое легкое с развитием пневмоторакса и коллапса легкого.

Первичная медицинская помощь была оказана в прифронтовом



Рисунок 2. МСКТ органов грудной клетки



Рисунок 3. МСКТ органов грудной клетки

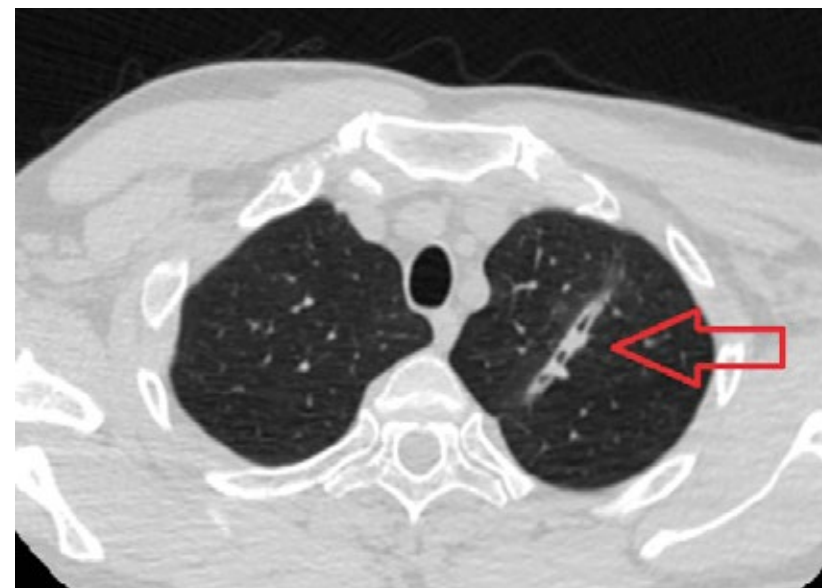


Рисунок 4. Раневой канал в левом легком

госпитале: была выполнена первичная хирургическая обработка раны, а также установка плеврального дренажа слева. При первичной рентгенографии определялась тень осколка в проекции Th4-Th5 грудных позвонков. Далее пациент транспортирован для оказания специализированной помощи по этапам медицинской сортировки в НХО КГБУЗ «КМК БСМП им. Н. С. Карповича».

Анамнестически в момент ранения пациент М. отмечал резкую слабость в левой нижней конечности, а также онемение левой половины туловища ниже ранения, которая затем частично регрессировала. В неврологическом статусе на момент осмотра 12.11.24 отмечается классические элементы синдрома Бро-



Рисунок 5. Определение местоположения осколка в ране с помощью ЭОП

ун-Секара — легкий левосторонний нижний монопарез со снижением силы в левой ноге до 3-4 баллов, снижение болевой чувствительности в правой нижней конечности.

Выполнено МСКТ органов грудной клетки (рис. 2, 3).

Осколок (металлический шарик), пробив левое легкое, по касательной проник в спинномозговой канал на уровне Th4-Th5, возможно, ударной силой травмировав спинной мозг на данном уровне (рис. 4).

Пациенту было проведено оперативное лечение: положение пациента на операционном столе на животе, разметка кожного доступа осуществлялась после предварительных R-снимков с помощью ЭОП (рис. 5).

Разрез кожи и скелетирование

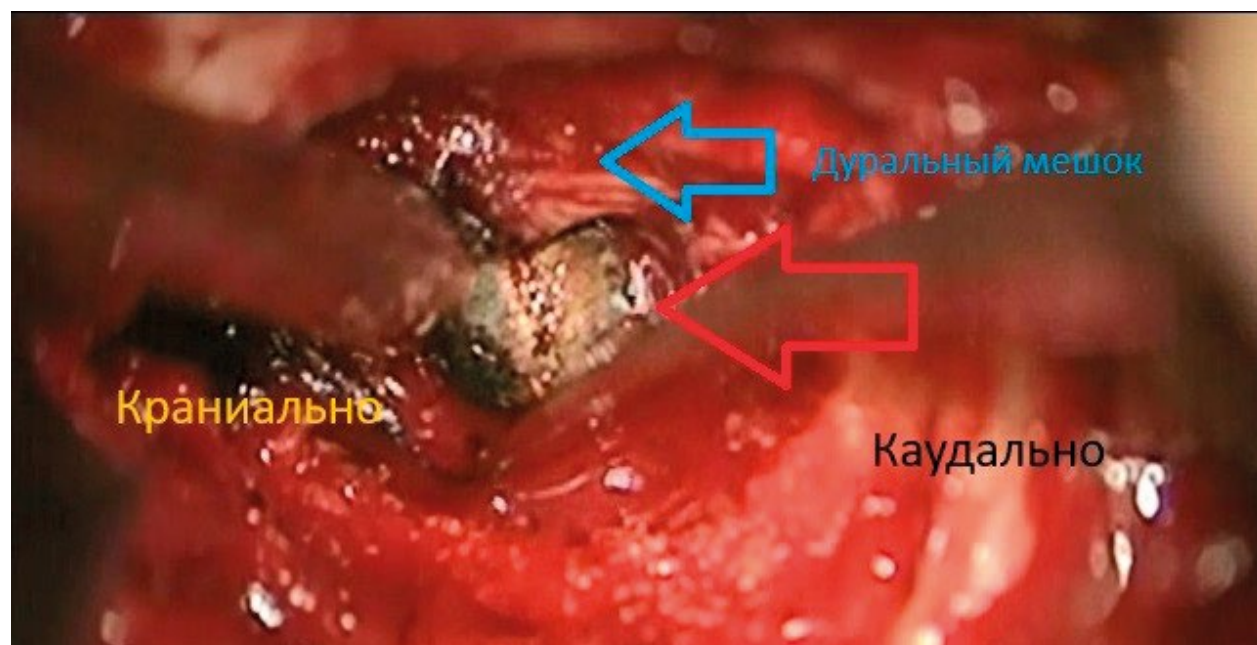


Рисунок 6

дужек грудных позвонков проводилось с левой стороны по классической методике. Далее, используя высокоскоростной бор, была произведена расширенная интерламинектомия. Используя операционный микроскоп (увеличение x5) произведено извлечение металлического осколка (рис. 6, 7).

В раннем послеоперационном периоде пациент субъективно отмечает частичный регресс монопареза левой нижней конечности. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент был направлен для дальнейшего лечения в Военный госпиталь г. Красноярск

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день отсутствуют единое мнение о тактике лечения огнестрельных ран позвоночника и унифицированный алгоритм

хирургического лечения. Сроки, вид и показания к хирургическому лечению также остаются предметом дискуссий. Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются раневая ликворея, прогрессирующее неврологическое дефицита с течением времени, верифицированная компрессия сосудисто-невральных структур костными отломками либо инородным телом [6].

В данном клиническом примере пациенту была оказана специализированная нейрохирургическая помощь, учитывая наличие неврологического дефицита (синдрома Броун-Секара). В послеоперационном периоде произошел частичный регресс неврологической симптоматики, пациент был информирован о необходимости проведения дальнейших реабилитационных мероприятий. ■



Рисунок 7

Список литературы:

1. Goodrich J. T. History of spine surgery in the ancient and medieval worlds. *Neurosurg Focus*. — 2004;16: E2. DOI: 10.3171/foc.2004.16.1.3.
2. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / гл. ред. Е. И. Смирнов. — М. — 1952. — Т. 11. [The experience of the Soviet medicine in the Great Patriotic War 1941–1945. Moscow, 1952;11].
3. Гайдар Б.В., Верховский А. И., Парфенов В. Е. Боевые повреждения позвоночника и спинного мозга // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. — 1997. — № 2. — С. 44–46 [Gaidar B. V., Verkhovskii A. I., Parfenov V. E. Combat injuries to the spine and spinal cord. *Zh Vopr Neurokhir Im. N. N. Burdenko*. — 1997. — № 2: 44–46].
4. Klimo P. Jr, Ragel B. T., Rosner M., Gluf W., McCafferty R. Can surgery improve neurological function in penetrating spinal injury? A review of the military and civilian literature and treatment recommendations for military neurosurgeons. *Neurosurg Focus*. 2010; 28: E4. DOI: 10.3171/2010.2.FOCUS1036.
5. Сычеников Б. А., Лихолетов А. Н., Боряк А. Л., Гохфельд И. Г. Клинический случай хирургического лечения огнестрельного слепого проникающего осложненного ранения на уровне позвонков C1–CII с использованием чрескожной видеоэндоскопической техники // Эндоскопическая хирургия. — 2022; 28 (3): 53–59. <https://doi.org/10.17116/endoskop20222803153>
6. Гизатуллин Ш. Х., Алиев З. Ш., Станишевский А. В., Кристостуров А. С., Онницев И. Е. Лечение огнестрельных ранений позвоночника с использованием метода чрескожной видеоэндоскопии: анализ малой клинической серии // Хирургия позвоночника. — 2022. — Т. 1. — № 4. — С. 77–85. DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2022.4.77-85>.

Сравнительный анализ показателей брака компонентов донорской крови на этапе заготовки за 2020–2024 гг.

Авторы: И. В. Похабова, А. В. Максимова, С. Я. Чупрова, С. В. Добровольская, В. А. Иванчин, КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1», г. Красноярск



Ирина Викторовна Похабова, заведующая Центром управления запасами крови, врач-трансфузиолог высшей категории КГКУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1»

В последние годы достигнуты большие успехи в повышении качества и безопасности компонентов и препаратов крови, что является результатом развития в службе крови различных форм пропаганды безвозмездного донорства, качественного медицинского отбора донорских кадров, совершенствования методов исследования, заготовки и переработки донорской крови, системы менеджмента качества, расширения информатизации [1].

■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время вопрос обеспечения инфекционной безопасности гемотрансфузионных сред не теряет своей актуальности из-за неблагоприятной эпидемиологической ситуации в Красноярском крае. По статистическим данным Роспотребнадзора, за период 2020–2024 годов на территории региона отмечается увеличение количества зарегистрированных заболеваний по острым гепатитам с 80 до 141,

■ Активное развитие специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в России, в том числе клеточной и органной трансплантации, способствует росту потребностей клиник в компонентах и препаратах донорской крови. В связи с этим медицинские организации предъявляют повышенные требования не только к полному удовлетворению потребностей в гемокомпонентах, но и к их качеству и безопасности [1, 2]. Эти требования реализуются через нормативные документы, определяющие организацию и производственную деятельность учреждений службы крови, методы контроля качества и безопасности выпускаемой продукции [3, 4].



хроническим вирусным гепатитам (впервые установленным) — с 653 до 1892 (по ВГВ с 120 до 359, ВГС с 533 до 1552), сифилису (всех форм) — с 230 до 348. Напряженной сохраняется эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции — 2017 новых

случаев (болезнь и бессимптомный инфекционный статус) за 2024 год. (2409 — в 2020 году) [5].

Наряду с социально значимыми инфекциями, такими как вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, сифилис, туберкулез, имеются не менее

значимые возбудители, передающиеся через кровь (цитомегаловирус, герпес, вирус Эпштейна-Барра и др.) и появляются новые, более агрессивные, для идентификации которых не разработаны скрининговые тест-системы [6, 7].

Современные высокочувствительные методы тестирования крови доноров значительно снижают вероятность трансмиссии вирусных заболеваний через кровь, но не могут выявить возбудителя у человека в скрытый период вирусоносительства, когда отсутствуют клинические и лабораторные признаки заболевания [6, 7].

Высокий риск инфицирования потенциальных доноров крови определяет необходимость постоянного совершенствования системы гемобезопасности в службе крови.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ показателей брака компонентов донорской крови на этапе первичной апробации за период 2020–2024 годов и показать опыт работы по обеспечению гемобезопасности в Красноярском государственном казенном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой центр крови № 1» (далее — КГКУЗ ККЦК № 1).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией, сифилисом, вирусными гепатитами в Красноярском крае, статистической отчетности и уровня использования методов, обеспечивающих безопасность компонентов крови в КГКУЗ ККЦК № 1 за период 2020–2024 годов.

Исследованы показатели деятельности службы крови РФ за период 2020–2021 годов, Красноярского края за период 2020–2024 годов, изложенные в формах № 64 «Сведения о заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов», утв. приказом МЗ РФ от 22.10.2020 № 1138н; данные федерального статистического наблюдения Роспотребнадзора по форме № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утв. приказом Федеральной службы государственной статистики от 13.12.2024 № 639.



■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Система обеспечения гемобезопасности, используемая в КГКУЗ ККЦК № 1, позволила достичь высокого уровня безопасности компонентов донорской крови на догоспитальном этапе. Она включает в себя как базовые элементы (отбор донорских кадров, аферезные методы заготовки крови и ее компонентов, лабораторного тестирования крови доноров с применением иммуноферментного анализа (ИФА) и амплификации нуклеиновых кислот (NAT), так и дополнительные (лейкоредукция, карантинизация, патогенредукция, замещение плазмы добавочными растворами в клеточных гемокомпонентах, отмывание эритроцитов от белков плазмы крови).

Основными базовыми методами обеспечения гемобезопасности являются качественный отбор доноров и первичная апробация образцов донорской крови (лабораторный контроль), по результатам которой проводится браковка гемокомпонентов, определение их статуса (пригодны/ не пригодны для клинического использования) и паспортизация.

Браковка и определение статуса компонентов крови осуществляются сотрудниками, назначенными в административном порядке и

имеющими полномочия на выпуск готовой продукции, на основании:

- а) данных, внесенных в единую информационную базу данных донорства крови и ее компонентов (далее — ЕИБД);
- б) результатов исследований крови доноров на наличие маркеров вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), гепатитов В, С и возбудителя сифилиса;
- в) результатов определения групп крови по системе АВ0, резус-принадлежности, антигенов эритроцитов С, с, Е, е, К, проведения скрининга аллоиммунных антител;
- г) биохимических показателей периферической крови;
- д) результатов проверки внешнего вида донорской крови и ее компонентов и отсутствия повреждения контейнера;
- е) бактериологического контроля [8–10].

Наличие этикетки готовой продукции считается подтверждением статуса «пригоден для использования».

Списание забракованной крови и ее компонентов проводится постоянно действующей комиссией, назначенной приказом главного врача КГКУЗ ККЦК № 1. Утилизация брака осуществляется только при получении всех результатов исследования [9,10].

Основанием к списанию донорской крови и ее компонентов в брак являются:

- положительный/ сомнительный результат на маркеры гемотрансмиссивных инфекций: гепатитов В и С, ВИЧ-1,2, сифилиса;
- отвод по базе медицинских отводов Единого донорского центра (далее ЕДЦ);
- выявление контакта по инфекционным гепатитам;
- гемолиз, хилез, наличие сгустков, аномальный цвет продуктов крови;
- наличие антиэритроцитарных антител;
- признаки инфицирования продуктов крови (мутность, хлопья);
- положительный результат посева на стерильность;
- нарушение герметичности контейнера с компонентом крови;
- отсутствие марочного номера на контейнере с кровью или компонентом;
- панагглютинация;
- истечение срока годности.

По данным статистической отчетности КГКУЗ ККЦК № 1 за 2020–2024 гг. отмечается уменьшение списания брака компонентов крови после первичной апробации: эритроцитсодержащих сред с 3,7 до 1,8 % от их заготовки (таб. № 1), плазмы с 5,2 до 4,7 % (таб. № 2), концентрата тромбоцитов с 0,4 до 0,2 % (таб. № 3).

В 2020 году 44,3 % общего брака эритроцитных сред и 22,6 % плазмы приходилось на показатель «Повышенные значения

аланинаминотрансферазы (АЛТ)». С 2021 года обследование донорской крови на АЛТ не проводится [8].

Основная доля брака гемокомпонентов приходится на «Другие причины» (хилез, нарушение герметичности, сомнительные результаты обследования на инфекции, отвод по базе медицинских отводов ЕДЦ, наличие антиэритроцитарных антител и др.).

За период 2020–2024 годов по данной категории брак эритроцитных сред снизился с 1,6 % до 1,3 % от заготовки, отмечается увеличение брака плазмы в периоде 2023 и 2024 годов за счет хилеза, брак концентрата тромбоцитов остается в пределах 0,2 % — 0,3 % от заготовки.

Анализ брака компонентов крови после первичной апробации за последние 5 лет показал разнонаправленные тенденции: наряду с уменьшением процента списания гемокомпонентов по маркерам гемотрансмиссивных инфекций (эритроцитных сред с 0,5 % до 0,4 % от их заготовки, плазмы с 0,6 % до 0,4 %, концентрата тромбоцитов с 0,1 % до 0,006 %), отмечалось увеличение процента данного брака в 2021 и 2022 годах: эритроцитных сред и плазмы до 0,6 % — 0,7% от их заготовки, концентрата тромбоцитов до 0,1 % — 0,16 % (таб. № 1–3).

В структуре брака определяется преобладание доли бракованных гемокомпонентов по отдельным инфекциям: в 2021 и 2022 годах — по вирусным гепатитам и сифилису, в 2022 году — по ВИЧ-инфекции (таб. № 1–3).

Обеспечению безопасности компонентов крови и уменьшению их брака на этапе заготовки способствовали:

1) Пропаганда безвозмездного донорства. Для заготовки безопасных компонентов крови основным ресурсом являются повторные безвозмездные доноры [1, 4, 6]. В 2021 г. доля безвозмездных доноров в РФ составила 98,6 % [11]. В Красноярском крае донорство является на 100 % безвозмездным. В период 2020–2024 годов доля повторных доноров среди общего числа доноров увеличилась с 75,9 % (21 397 человек) до 79,3 % (25 489 человек). Данный показатель по России составил в 2020 году 76 % [4], за 2024 год данных нет.

2) Тщательный отбор доноров. Медицинское освидетельствование претендентов на донорство включает идентификацию личности, проверку по базе данных медицинских отводов ЕДЦ, врачебный осмотр и анкетирование.

Донорская база Красноярского края как часть единой базы данных государственной информационной системы службы крови, содержит информацию более 400 тыс. записей лиц, имеющих противопоказания к донорству. В 2013 году постановлением Правительства РФ № 667 определены МО — участники данной системы и их ответственность: КГКУЗ ККЦК № 1, КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД», КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический

Таблица 1. Заготовка и списание эритроцитсодержащих сред в КГКУЗ «ККЦК № 1»

Год	Заготовлено, литры	Забраковано всего, литры/ % брака от заготовки	Положительный результат на маркеры, литры/ % от общего брака				АЛТ	Другие причины
			сифилиса	вирусного гепатита В	вирусного гепатита С	ВИЧ-инфекции		
2020 г.	16 582,3	607,5 (3,7 %)	41,7 (6,9 %)	10,9 (1,8 %)	18,1 (3,0 %)	9,8 (1,6 %)	269,1 (44,3 %)	257,9 (42,5 %)
2021 г.	18 099,3	403,0 (2,2 %)	51,1 (12,7 %)	24,8 (6,2 %)	46,2 (11,5 %)	8,1 (2,0 %)	-	272,9 (67,7 %)
2022 г.	19 530,6	396,2 (2,0 %)	35,7 (9 %)	26,5 (6,7 %)	46,2 (11,7 %)	16,2 (4,1 %)	-	271,6 (68,5 %)
2023 г.	19 938,2	354,9 (1,8 %)	32,1 (9 %)	20,7 (5,8 %)	39,8 (11,2 %)	10,2 (2,9 %)	-	252,1 (71,1 %)
2024 г.	20 667,7	361,6 (1,8 %)	27,5 (7,6 %)	14,2 (3,9 %)	31,9 (8,8 %)	9,6 (2,7 %)	-	278,4 (77 %)



Таблица 2. Заготовка и списание плазмы в КГКУЗ «ККЦК № 1»

Год	Заготовлено, литры	Забраковано всего, литры/ % брака от заготовки	Положительный результат на маркеры, литры/ % от общего брака				АЛТ	Другие причины
			сифилиса	вирусного гепатита В	вирусного гепатита С	ВИЧ-инфекции		
2020 г.	16 584,9	856,2 (5,2 %)	35,7 (4,2 %)	9,5 (1,1 %)	16,0 (1,9 %)	11,0 (1,3 %)	193,4 (22,6 %)	590,6 (69 %)
2021 г.	17 495,6	541,5 (3,1 %)	41,3 (7,6 %)	19,2 (3,5 %)	38,1 (7,0 %)	6,3 (1,2 %)	-	436,6 (80,6 %)
2022 г.	15 773,0	576,9 (3,4 %)	31,1 (5,4 %)	22,9 (4,0 %)	37,9 (6,6 %)	13,3 (2,3 %)	-	471,7 (81,8 %)
2023 г.	15 494,6	783,5 (4,6 %)	25,7 (3,3 %)	18,6 (2,4 %)	31,3 (4 %)	8,4 (1,1 %)	-	699,5 (89,3 %)
2024 г.	16 414,2	772,7 (4,7 %)	22,9 (3,0 %)	12,1 (1,6 %)	30,8 (4,0 %)	5,5 (0,7 %)	-	701,4 (90,8%)

Таблица 3. Заготовка и списание концентрата тромбоцитов в КГКУЗ «ККЦК № 1»

Год	Заготовлено, литры	Забраковано всего, литры/ % брака от заготовки	Положительный результат на маркеры, литры/ % от общего брака				АЛТ	Другие причины
			сифилиса	вирусного гепатита В	вирусного гепатита С	ВИЧ-инфекции		
2020 г.	1 447,3	3,5 (0,2 %)	-	-	-	-	-	3,5 (100 %)
2021 г.	1 537,8	5,4 (0,4 %)	0,4 (7,4 %)	-	1,1 (20,4 %)	-	-	3,9 (72,2 %)
2022 г.	1 372,1	5,5 (0,4 %)	1,5 (27,3 %)	0,7 (12,7 %)	-	-	-	3,3 (60,0 %)
2023 г.	1 531,6	6,0 (0,4 %)	0,3 (5,0 %)	-	-	0,5 (8,3 %)	-	5,2 (86,7 %)
2024 г.	1 792,5	4,4 (0,2 %)	-	-	-	0,1 (2,3 %)	-	4,3 (97,7 %)

диспансер», КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае», ФГБУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА России».

Благодаря информационной системе ежегодно 6-8 % потенциальных доноров от общего числа, обратившихся в службу крови, отводится от донорства по инфекционным заболеваниям и их рискам.

Доля отводов от донорской функции по результатам первичного гематологического обследования, анкетирования и врачебного осмотра составила 9,4 % от общего количества зарегистрированных доноров

в 2020 году (69 672 человека), и 5,8 % — в 2024 году (74 035 человека).

3) Лабораторное тестирование образцов донорской крови. В службе крови образцы донорского материала исследуются на маркеры вирусных инфекций ВИЧ-1, ВИЧ-2, гепатитов В и С и бактериальный агент — возбудитель сифилиса [8].

Для тестирования на протяжении пяти последних лет применяются тест-системы «классического» ИФА, производства ООО «НПО Диагностические системы» (Россия), а также иммунохимические диагностикумы производства компаний Abbott (США) и Roche (Швейцария).

С сентября 2011 года в КГКУЗ ККЦК № 1 образцы донорской крови тестируются одновременно с

использованием метода ИФА и NAT-технологий (таб. №4). Клинико-диагностическая лаборатория КГКУЗ «ККЦК № 1» оснащена оборудованием, обеспечивающим выполнение исследований методом полимеразной цепной реакции (автоматизированный комплекс cobas s 201, Roche, Швейцария) и методом TMA опосредованной транскрипции (автоматические анализаторы Procleix Panther System, Gen Probe Corporation & Grifols, США). Применение двух современных автоматизированных методов исследования в течение длительного периода времени приводит к «очищению» донорской популяции и сокращению абсолютного брака, а также снижает риск посттрансфузионной передачи гемотрансмиссивных инфекций.

Таблица 4. Результаты лабораторных исследований образцов крови доноров на маркеры гемотрансмиссивных инфекций в КГКУЗ «ККЦК № 1»

Виды исследований	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
1. Кол-во донаций, обследованных методом ИФА, всего:	56 877	61 010	66 388	67 289	69 726
• ИФА исследования	312 456	329 638	356 804	382 126	381 289
• забраковано образцов ИФА (+)	467	458	482	385	349
• % позитивных результатов	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5
2. Кол-во донаций, обследованных NAT-технологиями, всего:	56 288	60 695	66 121	67 010	69 599
• NAT	28 841	37 026	60 476	58 117	63 348
• забраковано образцов ИФА (-) NAT (+)	4	11	9	11	5
• % позитивных результатов	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01

По результатам скрининга маркеров инфекций за исследуемый период отведено от донорства 2181 человек, отбраковано 0,7 % от общего числа выполненных донаций. Доля отведенных лиц по причине выявления маркеров гемотрансмиссивных инфекций в 2024 году сократилась на 0,3 % по сравнению с 2020 годом (таб. № 4).

4) Автоматизация заготовки и лейкоредукция донорской крови и ее компонентов заслуживает особого внимания в плане снижения риска передачи лейкоцитассоциированных

вирусов. В ряде стран (Франция, Канада, Германия, Португалия) фильтрование всех компонентов крови предусмотрено законом [7].

С 2013 года заготовка компонентов крови в КГКУЗ «ККЦК № 1» автоматизирована, с 2014 года лейкоредукции подвергается вся заготовленная кровь и ее компоненты.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате комплексной работы по привлечению населения края к безвозмездному донорству, приверженности донациям повторных

доноров, тщательному отбору доноров и совершенствованию их лабораторного обследования отмечено уменьшение количества случаев выявления у доноров маркеров гемотрансмиссивных инфекций и, соответственно, уменьшение брака компонентов крови. Сохраняющийся риск распространенности маркеров инфекций, передающихся с кровью, среди потенциальных доноров крови обуславливает актуальность укрепления действующих и поиска новых мер инфекционной гемобезопасности в службе крови. ■

Список литературы:

1. Д. Э. Певцов, Б. Б. Баховадинов, Б. А. Барышев и др. Совершенствование производственной деятельности отделения переливания крови ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава Российской Федерации // Трансфузиология. — 2020. — Т. 21. — № 3. — С. 227–237.
2. Е. В. Васильева, Т. С. Косарева, Д. В. Широков и др. Развитие службы крови в Приволжском федеральном округе // Трансфузиология. — 2024. — Т. 25. — № 3. — С. 144–153.
3. С. В. Сидоркевич, С. П. Калеко, Е. Б. Жибурт. К вопросу о совершенствовании организации работы станции переливания крови // Трансфузиология. — 2000. — № 1. — С. 28–46.
4. Гапонова Т. В., Капранов Н. М., Тихомиров Д. С. и др. Характеристика основных тенденций в работе службы крови Российской Федерации в 2016–2020 годах // Гематология и трансфузиология. — 2022. — 67 (3). — С. 388–397.
5. Форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» федерального статистического наблюдения, сбора и обработки данных, утв. приказом Федеральной службы государственной статистики от 13.12.2024 № 639 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации».
6. Голосова Т. В., Никитин И. К. Обеспечение вирусной безопасности гемотрансфузий // Гемотрансмиссивные инфекции. — М. — 2003. — С. 6–33, 132–176.
7. Трансфузиология: национальное руководство / под ред. проф. А. А. Рагимова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2012. — С. 198–292.
8. Приказ МЗ РФ № 1166н от 28.10.2020 «Об утверждении порядка прохождения донорами медицинского обследования и перечня медицинских противопоказаний (временных и постоянных) для сдачи крови и (или) ее компонентов и сроков отвода, которому подлежит лицо при наличии временных медицинских показаний, от донорства крови и (или) ее компонентов».
9. Постановление Правительства РФ от 22.06.2019 № 797 «Об утверждении правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов».
10. Трансфузиология: национальное руководство / под ред. проф. А. А. Рагимова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2018. — С. 188–200.
11. Эйхлер О. В. «Служба крови России: перспективы, приоритеты, тенденции развития» // Доклад на IX Всероссийском съезде менеджеров по пропаганде донорства службы крови и участников донорского движения. — Москва. — 23.09.2022.

Клинический случай. Гигантская ложная аневризма задней большеберцовой артерии после минно-взрывного ранения

Авторы: Ю. В. Уфимов, С. В. Кулагин, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Юрий Викторович Уфимов,
врач-сердечно-сосудистый хирург
отделения сосудистой хирургии КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ВВЕДЕНИЕ

Ранения и травмы кровеносных сосудов составляют одну из наиболее важных проблем современной хирургии повреждений, так как сопровождаются высокой летальностью, тяжелыми осложнениями и частой инвалидизацией. Частота

■ **Ложная аневризма — это полость, которая располагается вне сосуда и сообщается с его просветом. Ложная аневризма образуется при травме сосудистой стенки, вследствие чего нарушается ее целостность.**

сосудистых травм варьирует от 2-3 % в мирное время и до 6-17 % в военное время.

Посттравматические ложные артериальные аневризмы возникают при повреждении одного или двух слоев стенки сосуда. По причине истончения стенки существует высокий риск спонтанного разрыва артерии. Рекомендуется скорейшее восстановление целостности стенки и/или выключение из кровотока ложной аневризмы, потому как разрыв артерии ассоциируется с тяжелой кровопотерей и смертностью. В данной статье представлен клинический случай успешного «выключения» из кровотока посттравматической ложной аневризмы.

■ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

В ходе выполнения боевой задачи в зоне проведения специальной военной операции 24.01.2025 боец

получил минно-взрывное ранение. Оказана первая помощь в прифронтовом госпитале. Для дальнейшего лечения переведен в КГБУЗ «КМКБСМП».

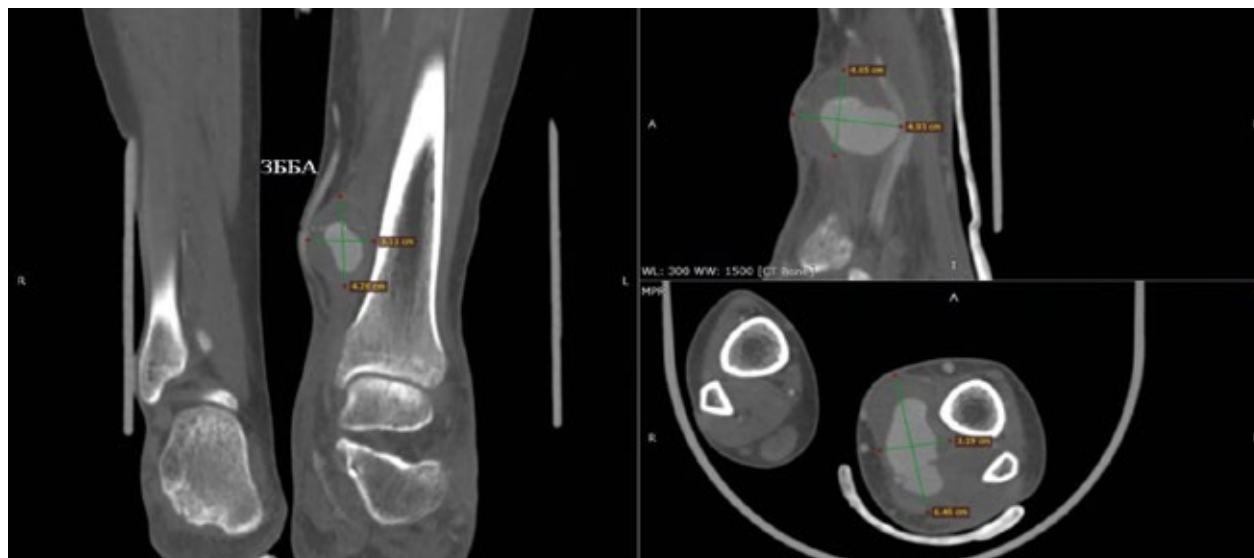
18.02.2025 выполнена остеонекрэктомия области левой голени, левого голеностопного сустава и левой стопы.

25.03.2025 на перевязке обнаружено объемное, безболезненное, пульсирующее образование по медиальной поверхности нижней 1/3 левой голени.

■ ОБЪЕКТИВНО

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Ориентирован во времени и пространстве, адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Температура тела, ЧСС, ЧДД, артериальное давление и пульс в



пределах нормы.

Пациент предъявляет жалобы на отек, снижение чувствительности и ограничение движения в стопе левой конечности.

Лабораторные показатели крови (клинический анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и мочи в пределах нормы.

■ МСКТ-АНГИОГРАФИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В области нижней 1/3 ЗББА определяется посттравматическая тромбированная мешотчатая аневризма размерами 64x30x49 мм; в мягких тканях определяется осколок размером 9x4 мм, интимно прилежащий к аневризме.

Пациент переведен в отделение сосудистой хирургии с целью предоперационной подготовки, выполнения оперативного вмешательства и ведения в послеоперационном периоде.

■ ИЗ ПРОТОКОЛА ОПЕРАЦИИ

Под СМА после обработки операционного поля и рук хирурга выполнен кожный разрез в нижней 1/3 голени левой нижней конечности в проекции задней большеберцовой артерии (ЗББА) проксимальнее аневризматического мешка. Выделены ЗББА и ЗББВ. Взяты на держалки. Выполнен кожный разрез в нижней 1/3 голени левой нижней конечности в проекции ЗББА дистальнее аневризматического мешка. Выделены ЗББА и ЗББВ.

Взяты на держалки. Наложены сосудистые зажимы на ЗББА. Выполнен кожный разрез продольно аневризматическому мешку. Удален осколок. Аневризма выделена, вскрыта. Эвакуация аневризматической чаши. Медиальная стенка ЗББА представляет аневризматический мешок. ЗББА малого диаметра (2 мм). Ввиду малого диаметра ЗББА, протяженного повреждения ЗББА, сохранения кровотока по ПББА и МБА принято решение перевязать дистальный и проксимальный концы аневризмы ЗББА и не выполнять протезирование. Резекция аневризмы.

Гемостаз. Дренирование послеоперационной раны перчаточной резиной. Послойно швы на рану. Асептическая повязка.

■ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

У пациента протекает без осложнений, клиника ишемии на оперированной конечности отсутствует, швы сняты на 9-е сутки после операции. Лимфатический отек на левой голени и стопе значительно уменьшился.

Сохраняется клиника посттравматической нейропатии большеберцового и малоберцового нервов левой нижней конечности.

Продолжается нейрометаболическая терапия, терапия витаминами группы В, препаратами, улучшающими проводимость нервных импульсов. Проводится ЛФК и физиотерапия в отделении РМР.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение ложных артериальных аневризм является основным методом коррекции этой патологии. Лигатурные операции оправданы при локализации аневризм на парных артериях, в сочетании с высоким риском спонтанного разрыва артерии. Учитывая позднее появление признаков повреждения магистральных сосудов необходимо УЗИ мягких тканей мышечных массивов при первичном осмотре. ■



Отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Авторы: Ю. В. Омылова, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Юлия Владимировна Омылова,
заведующая отделением реанимации
и интенсивной терапии № 3 КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ История отделения реанимации и интенсивной терапии № 3 тесно связана с отделением кардиологии, в которой для особой категории больных в тяжелом состоянии были созданы палаты интенсивной терапии, где врачи анестезиологи-реаниматологи работали под руководством Галины Ивановны Нечепуренко. В феврале 2015 года было создано Отделение реанимации и интенсивной терапии № 3 на 12 коек, которое в этом году отметило 10 лет своей профессиональной деятельности.

ления стала интенсивная терапия больных с кардиологической патологией (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда и др.). В среднем за год в отделении получают медицинскую помощь до 1200 пациентов. Проводится более 2000 анестезиологических пособий в рентген-эндоваскулярных операциях.

Сегодня отделение наряду с отделением кардиологии, рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а также неврологическим отделением и ОРИТ № 2 образует сердечно-сосудистый центр БСМП. На его базе проводятся такие операции, как коронарография, стентирование коронарных артерий, тромбоэкстракция, эмболизация сосудов, дренирование перикарда и другие.

С февраля 2025 года докторами отделения осуществляется анестезиологическое пособие пациентам сосудистой хирургии, где проводятся хирургические вмешательства на сонных артериях, интрааренальном отделе аорты, артериях и венах верхних и нижних конечностей.

До 2025 года также выполнялись различные эндоваскулярные вмешательства на периферических сосудах, направленные на восстановление кровообращения в артериях нижних конечностей. Данные вмешательства были структурированы, дополнены диагностическими и лечебными процедурами смежных отделений нашего стационара, и с февраля 2025 года начал функционировать Центр критической ишемии нижних конечностей. Учитывая весь накопившийся



опыт, это позволило нам увеличить объем вмешательств как хирургических, так и эндоваскулярных, расширить показания для вмешательства и тем самым улучшить прогноз для пациентов с ишемией нижних конечностей.

Отделение хорошо оснащено технически, что позволяет применять методики измерения центральной гемодинамики с помощью катетера Свана-Ганца, гемодинамический мониторинг с технологией PICCO, инвазивное измерение артериального давления. Пациентам с нарушением функции проводимости сердца осуществляется временная эндокардиальная стимуляция. Также в отделении внедрены в работу экстракорпоральные технологии, такие как заместительная почечная терапия, экстракорпоральная мембранная оксигенация.

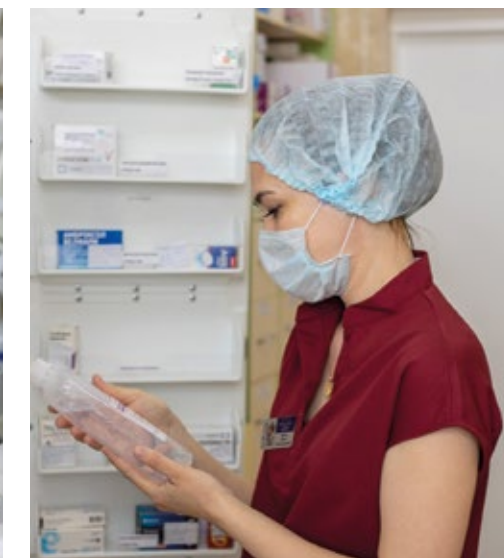
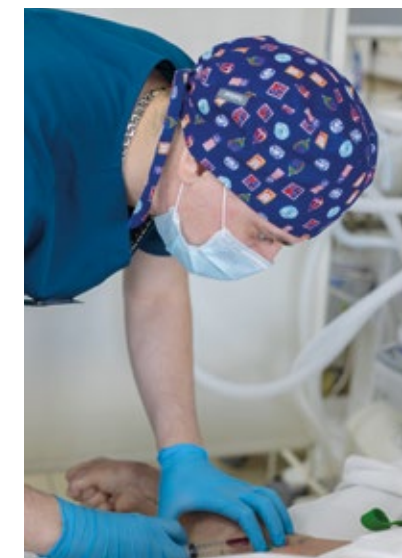
Врачи и медицинские сестры отделения постоянно повышают



свой профессиональный уровень, проходят курсы повышения квалификации. Активно участвуют в различных конференциях, конгрессах и другой научной деятельности. Полученные практические и

научные результаты отображаются в профессиональной печати.

Все это позволяет оказывать экстренную медицинскую помощь на высоком профессиональном уровне. ■



Стартовый опыт применения диализа в отделении анестезиологии и реанимации № 2 Ачинской межрайонной больницы для пациентов с ОКС и ИБС

Авторы: Л. К. Рейхерт, заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 2 КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»



Леонид Карлович Рейхерт,
заведующий отделением анестезиологии
и реанимации № 2 КГБУЗ «Ачинская меж-
районная больница»



■ **Ачинская межрайонная больница — краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения, которое оказывает медицинскую помощь населению города Ачинска и близлежащих населенных пунктов.**

В структуру больницы входят стационар, хирургический корпус, терапевтический корпус, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты и станция скорой медицинской помощи. Стационар круглосуточного пребывания рассчитан на 417 коек, стационар дневного пребывания — на 80 коек. Медицинская помощь оказывается в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара.

В 2013 году на базе Ачинской межрайонной больницы открылся межрайонный центр специализированной медицинской помощи с отделением ПСО, где был установлен компьютерный томограф для нейровизуализации.

В 2016 году открыто отделение рентген-эндоскопической диагнос-

тики и лечения. Отделение расположено на 2-м этаже пятиэтажного приспособленного здания вместе с отделением функциональной диагностики и отделением кардиологии, что определяет большую доступность этих подразделений для кардиологических больных.

Важным, наравне с другими структурными подразделениями Ачинской межрайонной больницы является отделение анестезиологии и реанимации № 2 (АиР № 2), рассчитанное на 12 коек, имеет лицензию и сертификат на оказание медицинской помощи по профилю анестезиологии и реанимации. Возглавляет отделение Леонид Карлович Рейхерт, под руководством которого успешно трудятся врачи анестезиологи-реаниматологи, в их числе А. Ф. Яковлева, А. Е. Головин, Д. А. Киселева и другие медспециалисты.



В АиР № 2 развернуты 6 коек для оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС). Еще 6 коек предназначены для проведения реанимационных мероприятий, интенсивной терапии пациентов с застойной сердечной недостаточностью, острой дыхательной недостаточностью, заболеваниями центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и токсикологического профиля. Отделение оснащено необходимым диагностическим и следящим оборудованием, респираторами и аппаратом гемодиализа Fresenius. Врачи анестезиологи-реаниматологи отделения обеспечивают анестезиологическое пособие в ангиоблоке при проведении ЧКВ, а также обеспечивают анестезиологическое пособие при



экстренных операциях в гинекологическом отделении в ночные часы, выходные, праздничные дни.

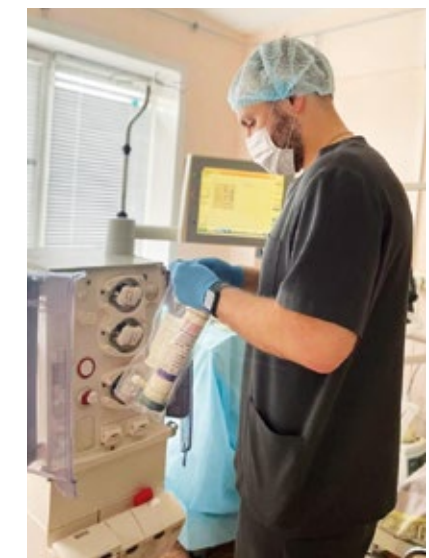
Ачинская межрайонная больница имеет лицензию на проведение заместительной почечной терапии. В период 2024 года в отделении АиР № 2 было пролечено 1624 пациента. Два врача анестезиолога-реаниматолога АиР № 2 прошли специализацию по специальности «Нефрология».

С 2024 года на базе отделения АиР № 2 проводится экстренный гемодиализ. В течение года процедура экстренного диализа проведена 75 пациентам, сеанс гемодиализа — 232 пациентам.

Показанием для проведения экстренного гемодиализа служили:

1. острая и хроническая почечная недостаточность;
2. отравления диализируемыми ядами (к сожалению, далеко не все токсические вещества можно удалить из организма этим методом);
3. передозировка лекарственных препаратов;
4. тяжелые нарушения электролитного состава крови.

Гемодиализ проводился круглосуточно, в условиях отделения реанимации. Сосудистый доступ проводился установкой двухпросветного венозного катетера под контролем ультразвукового датчика. За 2024 год гемодиализ проведен 75 обратившимся, из которых 41 пациент — мужчины и 34 — женщины. Их возраст составил: от 18 — 35 лет — 3 пациента, от 35 — 60 лет — 23 пациента, старше 60 лет — 49 пациентов. Районы проживания пациентов: Новобирилюсы — 1 пациент, Большой-Улуй — 2 пациента,



Колулька — 2 пациента, Боготол — 2 пациента, Ужур — 5 пациентов.

В период 2024 года диагноз ХПН впервые выявлен у 49 пациентов. Симптомами, послужившими причиной обращения за медицинской помощью и позволившими диагностировать ХБП, явились олигоанурия, отечный синдром, анемия, признаки гиперкалиемии.

1. Пациенты с ХПН после проведения гемодиализа в условиях АиР № 2, стабилизации состояния, коррекции анемии, снижения азотемии — переводились в отделение гемодиализа ККБ города Красноярск для наложения АВ-фистулы, в дальнейшем — для проведения хронического гемодиализа.

2. Гиперкалиемия на фоне приема препаратов калия, калийсберегающих диуретиков — 1 пациентка.

После проведения гемодиализа пациентка выписана.

3. ОПН — 6 пациентов. Острое повреждение почек как проявление острого гломеруло-нефрита. Пациенты с ОПН на фоне острого нефрита выписаны с выздоровлением. Гемодиализ проводился при ОПН на фоне кардиогенного шока, шока при полиорганной патологии. У пациентов с ОПН на фоне шока результат был неблагоприятным.

4. Отравления — 9 пациентов. Прием с целью суицида лекарственных препаратов. Показанием для проведения гемодиализа являлась диализируемость яда. Все пациенты были выписаны с выздоровлением.

5. Урология — 10 пациентов.

Пациенты урологического профиля с постренальной почечной недостаточностью, тяжелой уремией. Гемодиализ проводился параллельно с проведением нефростомии, эпицистостомии. Проведение гемодиализа позволяло стабилизировать гемодинамику, позволяло устранить тяжелые водно-электролитные нарушения, улучшить прогноз.

Результаты работы АиР № 2 за 2024 год убедительно демонстрируют важность непрерывного доступа к заместительной почечной терапии в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Обеспечение стабильного и круглосуточного предоставления данной терапии не просто желательно, а необходимо для поддержания жизни и улучшения исходов лечения пациентов в критическом состоянии. ■

Наставничество как эффективный механизм адаптации

Авторы: К. Н. Рублёва, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Кристина Николаевна Рублёва,
и. о. начальника отдела кадров
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Система наставничества в здравоохранении существует достаточно долгое время и набирает все более высокие темпы развития в связи с постоянной необходимостью повышения уровня практической подготовки молодых специалистов, ускорения процесса их профессионального становления, а также развития способности самостоятельно качественно выполнять трудовые функции.

Учитывая постоянно растущий интерес к развитию системы наставничества, а также необходимость обеспечения КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» высококвалифицированными кадрами, в 2017 году было разработано, утверждено и введено в действие положение о наставничестве, регулирующие процессы в данном направлении. С 2021 года ежегодно приказом главного врача больницы утверждается список наставников из числа высококлассных специалистов, с опытом работы и имеющих высшую или первую квалификационную категорию. Положением о наставничестве определен перечень требований, соответствовать которым необходимо каждому наставнику.

■ Древнегреческий философ Сократ считал главной задачей наставника пробуждение мощных душевных сил подопечного. Наставник, по мнению философа, помогает в самозарождении истины в создании ученика. Современные наставники уже не просто обучают — они помогают раскрывать потенциал человека, определять его сильные и слабые стороны и указывать направление для развития.

Диаграмма № 1



Молодой специалист закрепляется за своим наставником на определенный период времени, каждый наставник при этом составляет индивидуальный план по наставничеству, утверждает задания, а по окончании периода наставничества сдает отчет о проделанной работе.

С 2025 года на основании Федерального закона № 381-ФЗ от 09.11.2024 в Трудовой кодекс РФ внесены поправки о закреплении наставничества. С каждым наставником индивидуально заключаются дополнительные соглашения, и собираются согласия о выполнении функций наставника.

В период с 2021 по 2024 год под систему наставничества в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» было принято 207 новичков, из них: 111 врачей и 96 средний медицинский персонал. В диаграмме № 1 представлены данные в разрезе за четыре года.

Согласно статистическим данным,

с 2021 года первое место по количеству привлеченных к системе наставничества специалистов в нашей больнице занимает отделение анестезиологии-реанимации — 16 человек, а также травматологическое отделение и операционный блок: 14 человек. В остальных отделениях показатели следующие: в ОРИТ № 1 — 11 человек; ОРИТ № 3 — 10 человек; неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и приемное отделение — 9 человек; отделение функциональной диагностики и отделение медицинской реабилитации — 8 человек; ОРИТ № 2, ОРИТ № 4 и инфекционное отделение № 1 — 7 человек отделение челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, кардиологическое отделение, ОРИТ № 6 и хирургическое отделение № 2 — 6 человек; эндокринологическое отделение, отделение сосудистой хирургии, гинекологическое отделение, пульмонологическое

Таблица № 1

Врачи	2021	2022	2023	2024	ВСЕГО
Привлечено к наставничеству	20	32	16	43	111
Уволено (в период адаптации)	0	0	0	0	0
Уволено (после адаптации первые пол года)	0	1	0	2	3
Уволено (на сегодняшний день)	-	-	-	3	3
Отток	6 человек				
Средний	2021	2022	2023	2024	ВСЕГО
Привлечено к наставничеству	13	25	24	34	96
Уволено (в период адаптации)	1	4	2	5	12
Уволено (после адаптации первые пол года)	1	3	3	1	8
Уволено (на сегодняшний день)	-	-	-	0	0
Отток	20 человек				

отделение и хирургическое отделение № 1 — 5 человек; рентгенологическое отделение, отделение ультразвуковой диагностики, ОРИТ № 5 и отделение лучевой диагностики — 4 человека; инфекционное отделение № 2, отделение для больных с острыми отравлениями, урологическое отделение, КДЛ и нейрохирургическое отделение — 3 человека; отделение ранней медицинской реабилитации и инфекционное отделение № 3 — 2 человека; эндоскопическое отделение, патологоанатомическое отделение и хирургическое отделение № 3 — 1 человек.

Ежегодно в больнице проводится аналитическая работа, в том числе по уволенным специалистам, уволившимся в период адаптации, а также в течение первого полугодия после окончания участия в процессе наставничества.

В таблице № 1 представлены данные, связанные с оттоком специалистов.

Согласно выявленным данным, за 4 года к системе наставничества было привлечено 111 врачей, отток специалистов составляет 6 человек, из них: 3 человека уволились после адаптации в течении 6 месяцев и 3 человека уволились на сегодняшний день. В разбивке по специальности: 2 врача-стажера по причине необходимости исполнения обязательств по целевому договору в другом медицинском учреждении; 2 врача анестезиолога-реаниматолога по собственному желанию, 1 врач сердечно-сосудистый хирург по причине смены места жительства и 1 врач стоматолог-хирург по

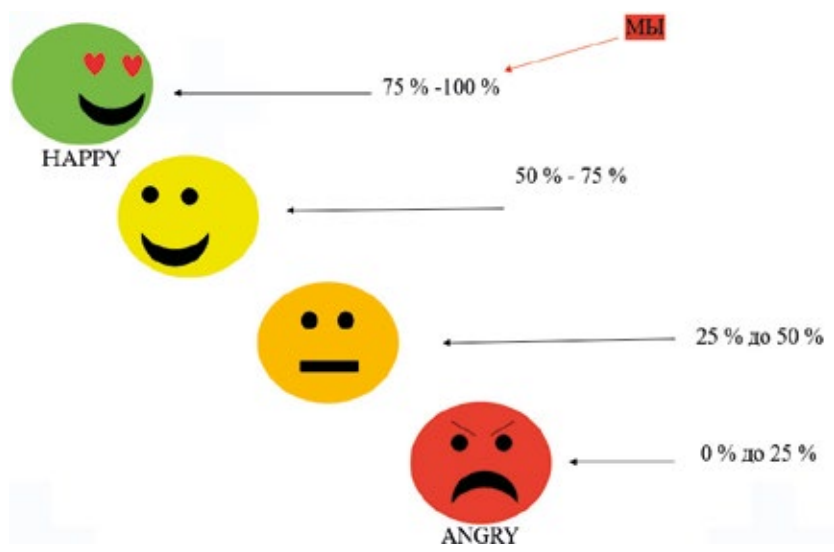
собственному желанию. Такие показатели не являются критичными на сегодняшний день. По среднему медицинскому персоналу привлечено специалистов 96, отток специалистов составляет 20 человек. Уволились и в период адаптации, и после адаптации в первые шесть месяцев, из них: операционный блок — 3 человека, эндокринологическое отделение; ОРИТ № 3, хирургическое отделение № 2 — 2 человека; травматологическое отделение, урологическое отделение, пульмонологическое отделение, инфекционное отделение № 2, отделение анестезиологии-реанимации, кардиологическое отделение, хирургическое отделение № 1, отделение функциональной диагностики, ОРИТ № 2, ОРИТ № 6 и приемное отделение — 1 человек. Отметим, что (не только

от нас ушли специалисты из числа среднего медицинского персонала, но) из 20 ушедших к нам вернулись 7 специалистов.

Эффективность наставничества зависит прежде всего от личности наставника и его профессионального опыта, а также от наличия грамотно выстроенной системы наставничества в каждом конкретном медицинском учреждении. Одним из механизмов работы системы наставничества являются независимые, иногда даже анонимные опросы, позволяющие определить недостатки и достоинства существующей системы.

В 2023 году в нашем учреждении были проведены специализированные опросы по результатам работы системы наставничества с целью контроля и оценки проделанной работы для наставляемого и наставника. В связи с выявленным увеличением оттока среднего медицинского персонала как в период адаптации, так и после, совместно с руководством больницы было принято решение о внедрении в 2024 году еще одного опроса среди вновь прибывших специалистов. Данный опрос проводился после первого месяца трудоустройства специалиста с целью мгновенного выявления проблемных моментов и оперативного реагирования на них в процессе прохождения адаптации. Опрос разработан по шкале от крайне недовольных до крайне довольных, от сердитых к счастливым) показатели на 2024 год достаточно высокие: уровень удовлетворенности,

Диаграмма № 2



составил 84 %, что относится к крайне довольным — счастливым, и это, безусловно, замечательный результат качественной персональной работы наших наставников. Детально по врачам процент удовлетворенности составляет 88 %, а по среднему медицинскому персоналу процент удовлетворенности составляет 79 %, что является очень хорошим показателем. На диаграмме № 2 наглядно представлены данные.

В ноябре 2024 года был впервые как тестовый проект проведен внутренний аудит под название «Ваш выбор?» по врачам разных специальностей, в основу легли ответы наставляемых за 4 года, им задавался один вопрос, кто для них является наставником. Лучшие результаты представлены в диаграмме № 3.

По результатам ответов наставляемых также хочется отметить врачей, которые набрали по одному голосу, это Олег Александрович Пархоменко, Оксана Николаевна Башарина, Виктория Константиновна Замяткина, Сергей Викторович Маслов, Мария Владимировна Тутынина, Сергей Валерьевич Самойленко, Наталья Евгеньевна Киреева, Юлия Александровна Вербенко, Владимир Игоревич Черных, Татьяна Геннадьевна Шиврина, Наталья Александровна Дьяченко, Самуил Абгарович Гершман.

Особое внимание хочется уделить тем врачам, которые за 4 года ни разу не участвовали в программе наставничества, но для наставляемых они сыграли роль и получили свои голоса: Андрей Владимирович Федоров, Андрей Олегович Олейников, Фаррух Лутфиллаевич



Олег Юрьевич Корольков



Елена Владимировна Кузьмина

Таджибаев, Сергей Валерьевич Самойленко, Владислав Олегович Гапоненко. В 2025 году планируется провести внутренний аудит по среднему медицинскому персоналу среди наставляемых.

Немного о наших достижениях в рамках наставничества.

В конце 2024 года наше учреждение приняло участие во Всероссийском конкурсе «Наставничество» в рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации по итогам заседания Государственного совета Российской Федерации от 12.02.2024 г. № Пр-251ГС. От нашего учреждения были выдвинуты две кандидатуры: заведующий отделением анестезиологии-реанимации врач-анестезиолог-реаниматолог Олег Юрьевич Корольков и старшая медицинская сестра отделения медицинской реабилитации Елена

Владимировна Кузьмина. Данные сотрудники принимали участие в номинации «Наставник года» и «Лучшие практики наставничества», и по результатам конкурса Олег Юрьевич Корольков стал победителем в номинации «Наставник года». От всей души поздравляем Олега Юрьевича с победой, гордимся поистине высоким результатом в рамках наставничества!

В 2025 году наше учреждение принимает участие в национальном проекте «Квалификация — наставник». Для участия в проекте были выдвинуты следующие кандидатуры: заведующий отделением врач-хирург операционного блока Егор Павлович Останин, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии № 5 врач-анестезиолог-реаниматолог Дмитрий Сергеевич Шамов, заведующий неврологическим отделением врач-невролог Мария Львовна Россовская, старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии № 1 Оксана Владимировна Плюско и исполняющая обязанности начальника отдела кадров Кристина Николаевна Рублёва. Мы желаем всем наставникам успехов!

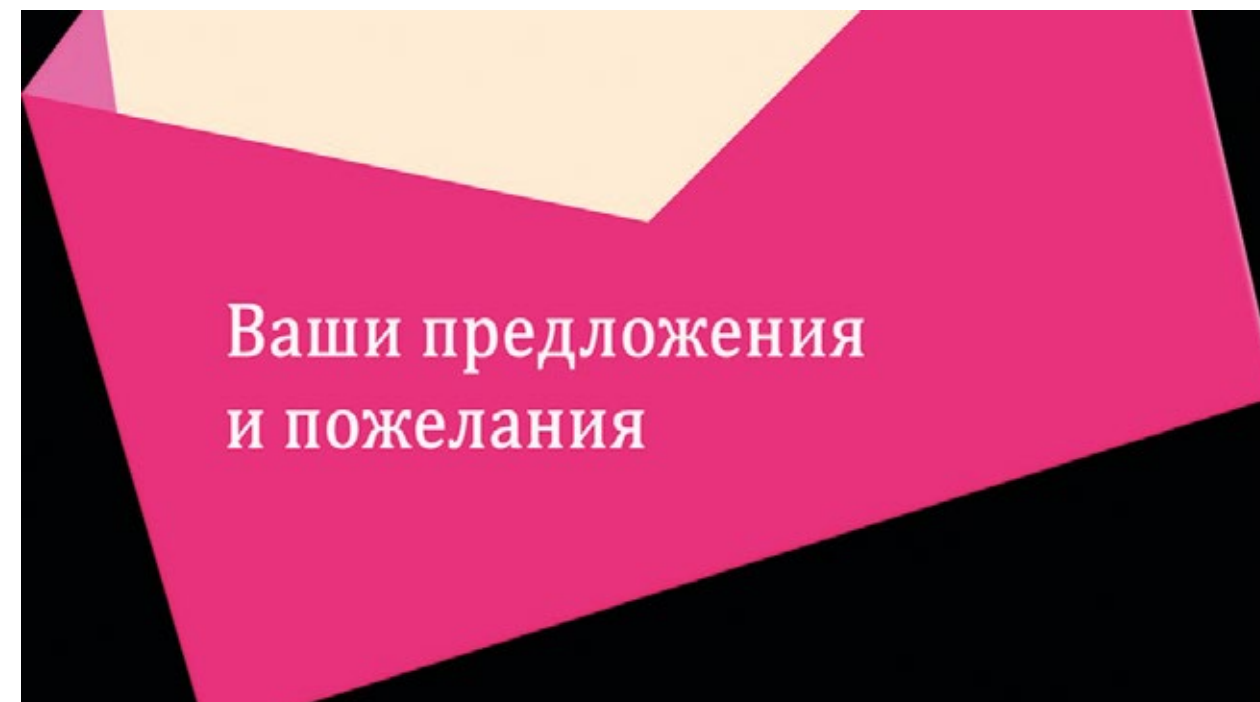
Наставничество как система непременно способствует внедрению единых стандартов и ценностей в медицинской организации, что улучшает общую командную работу. Оно помогает новичкам развивать дисциплину и понимание корпоративной культуры, а опытным специалистам оттачивать имеющиеся навыки и больше

общаться с молодежью, непосредственно передавая свой бесценный опыт в будущее.

Мы выражаем глубочайшую благодарность всем наставникам КГБУЗ

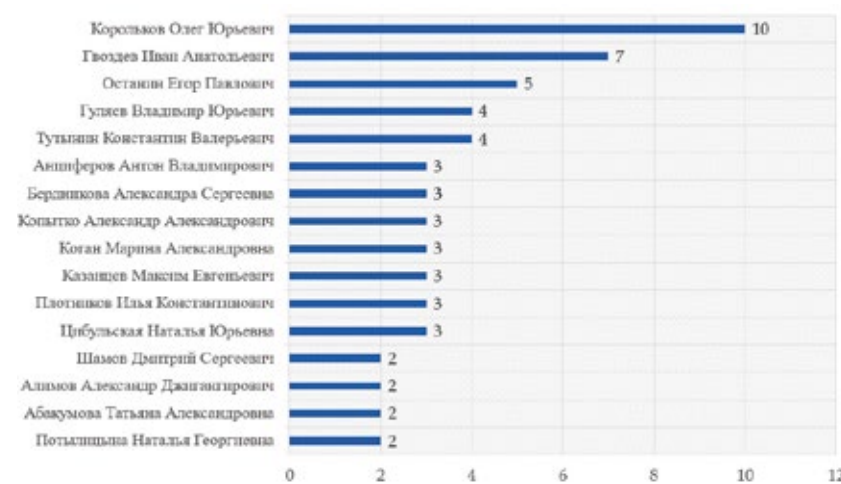
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича». Своей отзывчивостью вы не просто протягиваете руку помощи молодым специалистам, но еще и помогаете почувствовать им уверенность

в себе, поддерживаете в сложных ситуациях, учите не бояться трудностей, бороться с волнением и действовать решительно и вдумчиво в экстренных ситуациях. ■



- Опытный человек в любой сложившейся непростой клинической ситуации поможет, разберется и подскажет наилучший вариант решения.
- Благодарна наставнику за его вклад в мое обучение.
- Все замечательно, оказывалась и оказывается большая поддержка со стороны наставника и всего отделения в работе, всегда свободно могу попросить совета у каждого.
- Абакумова Татьяна Александровна — это специалист высочайшего уровня, я благодарен ей за все, чему она меня обучила своими руками и руками других врачей отделения, под ее наставничеством я стал полноценным доктором, несмотря на то что сначала было очень сложно.
- Мой наставник обладает большим опытом в своей специальности и щедро делился им со мной.
- Наставник очень важен в становлении каждого молодого врача. К счастью, я оказалась в нужном месте и в нужное время. Бердникова Александра Сергеевна — компетентный врач-анестезиолог, справедливая заведующая, очень сильный наставник и самое главное — душевный и понимающий человек. Мне очень повезло с наставником.
- Очень хорошо, что в нашей больнице есть наставничество.
- Побольше бы таких наставников, как Останин Егор Павлович. 9. Развивать данное направление, потому что это очень помогает молодым специалистам в начале пути.
- Считаю, что на сегодня подход к наставничеству очень высокий, надо продолжать и в дальнейшем обучать, поддерживать так молодых специалистов.
- Продолжать эту деятельность очень полезно.
- Спасибо за сопровождение. Процесс наставничества четко организован.
- Устраивать конкурсы среди наставляемых.
- Вижу эффективность наставничества при работе с молодыми специалистами.
- Качество работы специалиста отдела кадров — на отлично.
- Желаю для наставника или того, кто выступает на путь наставничества, дарить подопечным не только знания, но и веру в их силы, учитесь сами у их свежего взгляда и смело задавайте вопросы. Пусть каждая трудность станет ступенькой к росту, а каждый успех — поводом для гордости.
- Четко организованный процесс. Предложений нет. Все учтено.
- Это мой первый опыт, но очень интересный!
- Внедрить в отделение передачу опыта, освоенного ранее, а потом смотреть и гордиться своим нелегким трудом.
- Работа процесса наставничества организована на 5+.
- Все супер. Спасибо за поддержку и сопровождение.
- Оценка качества работы специалиста отдела кадров, безусловно, отлично!

Диаграмма № 3





БОГУЧАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

Игра в настоящую медицину

Автор: И. В. Бутенко, внештатный корреспондент КГБУЗ «Богучанская районная больница»

■ **Богучанская районная больница — автор оригинального профориентационного проекта, который становится традицией. Масштабное мероприятие «Молодежная профлаборатория: профессия — врач» заслуживает того, чтобы рассказать о нем подробно и по порядку.**



■ СМОТРИТЕ, УЧИТЕСЬ, ПОЛУЧАЙТЕ УДОВОЛЬСТВИЕ

Если бы в моем детстве был такой шикарный проект, я непременно попробовала бы свои силы в медицине. Сегодняшним школьникам несказанно повезло. Коллектив Богучанской районной больницы дарит им увлекательное мероприятие, которое, наверняка, поможет определиться: медицина — для них это или нет.

Знакомство с медициной началось уже с порога оздоровительного лагеря «Березка», где проходил двухдневный профориентационный

форум. У входа, сразу после регистрации и знакомства с правилами безопасности, детей ожидала фотозона с традиционными атрибутами системы здравоохранения — белый халат и колпак с красным крестом, а также с креативом от молодежного совета Богучанской райбольницы — белоснежный красавец-череп Афанасий.

41 школьник разного возраста прибыли из Богучан, Гремучего, Красногорьевского, Таежного, Невонки, Пинчуги, Чунояра. Вожатые встретили каждого и разместили по корпусам, а повара районной

больницы сразу вкусно накормили. Кстати, столовая для детей и всех участников сборов работала непрерывно. Помимо полноценных питательных завтраков, обедов и ужинов в любой момент и в неограниченном количестве можно было подкрепиться бутербродами, булочками, пудингами, фруктами. Короче, дети чувствовали себя как дома.

Капризная августовская погода милостиво позволила провести открытие на свежем воздухе. Теплый, солнечный день, заводная музыка от автоклуба районного ДК и напутственные слова взрослых сразу задали мероприятию бодрый настрой. «Все зависит от вашего труда и от вашего желания. Остальное — интернет, педагоги, занятия — только вам



в помощь. Здесь работают профессионалы. Смотрите, учитесь, получайте удовольствие!» — пожелала своим подопечным руководитель управления образования Богучанского района Нина Зайцева. Она отметила также, что за последние два года 57 школьников-выпускников выбрали медицину своей будущей профессией, поступив в высшие учебные заведения и медицинские техникумы.

Главный врач Богучанской районной больницы Марина Безруких, которая на протяжении всех сборов находилась рядом с детьми на учебных площадках, поблагодарила их за интерес к медицинской профессии и напомнила, что это сложный, очень ответственный и бесконечно почетный труд.

А дальше было чудо! Специалисты Богучанской районной больницы — харизматичные личности, великолепные лекторы и прирожденные педагоги — погружали школьников в бездонный мир медицинских премудростей.

■ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ДОКТОРА КОННОВА

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации, потомственный врач, блестящий специалист Денис Коннов не стал делать скидку на возраст аудитории и преподнес подросткам настоящую университетскую лекцию на полтора часа, чтобы будущие студенты сразу поняли, как это — учиться в меде и не умереть. Но детки справились, слушали внимательно. Полтора часа полной тишины в зале и с доктора не спускали



глаз. Кое-кто даже записывал в блокнот. Да, и тема лекции самая, что ни на есть актуальная: «Что мы знаем и чего не знаем о первой помощи».

Пугающая статистика повседневной жизни (без военных действий, без катастроф и несчастных случаев, без тяжелых заболеваний): каждую минуту 10 человек умирают от внезапной остановки сердца! А первая помощь — это когда ты оказался рядом с тем, у кого отказывает сердце, но под руками ничего нет. В таком случае выручить могут только знания и навыки.

Доктор подробно разъяснил основы первой помощи, и чем она отличается от помощи медицинской, профессиональной. Рассказал, при каких состояниях следует оказывать первую помощь, и кто имеет право ее оказывать. Дал информацию о стандартном и специализированном наполнении аптечки, а также много других познавательных сведений юридического, медицинского и общечеловеческого характера. «Я не знаю, какую профессию вы для себя выберете, но каждый из вас, погрузившись в этот проект, уже сейчас может стать добрым самаритянином. Не проходите мимо беды человека, окажите ему помощь, старайтесь спасти жизнь», — завершил свое теоретическое занятие Денис Коннов.

Во второй день сборов на тематической станции «Оказание неотложной помощи» дети под руководством доктора Коннова, но своими руками тренировали практику — знакомились с принципом работы



дефибриллятора и заставляли сердце работать. Манекен терпеливо вынес все попытки учебной реанимации. Обошлось без жертв.

■ ПСИХОЛОГ АРИНА С СЕРДЦЕМ АНГЕЛА

А точнее, клинический психолог Арина Кротова, которая тоже провела уникальный мастер-класс по злободневной тематике «Как не навредить пациенту». Клиническая психология пока крайне редкое явление в российской медицине, а для сельской местности это вообще фантастика!

Арина Кротова рассказала ребятам, что бывает в Богучанском районе наездами и работает в районной больнице вахтовым методом. У здравоохранения Богучанского района добротная материально-техническая база, профессионально крепкие специалисты, хорошие перспективы для развития новых направлений медицинской деятельности. Высококласным медикам интересно работать в Богучанском районе, поэтому они приезжают к нам, на берега такой далекой, но приветливой и гостеприимной Ангары, чтобы помочь местным коллегам справиться с дефицитом кадров, а заодно и обогатить свой профессиональный опыт.

Клинический психолог — специалист, оценивающий работу головного мозга. Он проводит экспертизы на степень поражения мозга, измеряет его деятельность и состояние, работает с пациентами в тяжелых психологических ситуациях.

С участниками профпроекта

Арина Кротова провела нейротренировку, пояснив при этом, как внешние действия человека отражают текущее состояние его мозга. Затем предложила тест на умение держать язык за зубами и успешно работать в команде, что в медицине особенно важно. А потом в одну минуту пронеслась часовая симуляционная игра «Сердце ангела». Игра на милосердие, на умение критически мыслить, глубоко анализировать информацию и способность договариваться в спорных случаях. «Не каждому дано участвовать в дискуссии, отстаивать свое мнение, приводить веские аргументы. Во врачебной практике это имеет принципиальное значение, поскольку от принятого решения, порой коллегиально, зависит жизнь человека. Дети признали, что в ходе игры не всем удалось высказаться, потому что присутствуют страх, неловкость, нехватка знаний, отсутствие опыта вести диалог. Каждый вынес урок и, надеюсь, ребята поработают над собой», — прокомментировала результат занятия клинический психолог Арина.

■ «КУРИЦА НЕ ПТИЦА, СТОМАТОЛОГ НЕ ВРАЧ»

Эту расхожую в медицинской среде фразу с легкостью опроверг руководитель стоматологической службы Вадим Федотов: «Мы с юмором относимся к этой поговорке, потому что стоматолог может и роды принять, и аппендицит удалить. Это врач, который умеет все».

И надо сказать, что тематическая станция «Стоматология» произвела на школьников очень сильное впечатление. Во-первых, Вадим Федотов



разъяснил, что стоматология не просто лечение или удаление зубов, это наука о полости рта и в стоматологии, кроме привычных для обывателя зубных врачей, занято огромное количество специалистов различного профиля. Это стоматологи-терапевты, стоматологи-хирурги, стоматологи-гигиенисты, челюстные хирурги, ортодонты, ортопеды, пародонтологи, имплантологи, детский стоматолог, зубные техники, и у каждого специалиста своя специфика и ответственность.

Во-вторых, организаторы станции врачи общей практики Вадим Федотов и Марина Зимина, зубной техник Екатерина Сбродова оборудовали великолепный учебный класс. Рабочие столы представляли собой полноценные медицинские кабинеты, оснащенные портативными переносными стоматологическими стойками, инструментарием, пломбирочным материалом, а также

оборудованием и материалами для зубопротезирования.

Участники смогли попробовать себя в роли стоматолога-терапевта (они препарировали кариозную полость и пломбировали «больной» зуб), в роли стоматолога-ортопеда (самостоятельно делали слепки зубов), в роли зубного техника (познакомились с процессом изготовления протезов и конструкций). Например, зубной техник зуботехнической лаборатории Екатерина Сбродова уверена, что ее работа очень увлекательная. «Зубной техник — прекрасная профессия для тех, кто любит работать руками. Сидишь, ковыряешься, нервы успокаиваешь», — поделилась она.

Практическим занятием остались довольны и врачи, и дети. «Есть таланты! И слепки идеально сделали, и пломбы идеально поставили. Надеемся, что сегодня мы познакомились с будущими врачами-стоматологами», — сообщил Вадим Федотов. А в качестве подарка от станции «Стоматология» дети забрали с собой запломбированные зубы и слепки собственного производства.

■ УВИДЕТЬ ТО, ЧТО НЕ ВИДИТ НИКТО

Звучит как загадка, разгадать которую можно, познав тонкости работы специалиста клинической лаборатории.

В выездной мини-лаборатории школьников встретила старший медицинский лабораторный техник Елена Бабешко. Для начала она рассказала о музейных образцах и о новейшем лабораторном



оборудовании: «У нас шикарные современные микроскопы, с помощью которых предлагаю вам рассмотреть клетки крови. Картинка напоминает звездное небо».

Елена Бабешко предложила каждому участнику мастер-класса самостоятельно провести одно из важнейших клинических исследований — установить группу и резус-принадлежность своей крови. Со стороны это выглядело как детская игра в больницу — посудка (планшет с лунками для определения группы крови), пипетки, стеклянные палочки, пробирки (лабораторный инструментарий), капельки и растворы (реагенты). Аккуратно смешиваешь кровь с раствором, рассматриваешь результат, соотносишь с таблицей-подсказкой, словом, получаешь удовольствие. Однако сколько же всего при этом нужно знаний! Эритроциты, лейкоциты, тромбоциты и многие другие «циты» и «-филы», что содержатся в кровяных тельцах. В общем и целом порядка 30 000 клеток, и каждая важна. Это только кровь — важнейший, но далеко не единственный биоматериал для исследования внутренней среды организма человека. «Только в лаборатории можно увидеть все, что не видно простому глазу. Работа медицинской лаборатории является ключевым этапом в лечении человека», — пояснила Елена.

На память об исследовательской работе и классном мероприятии Елена Бабешко вручила детям сувенирные шпаргалки с советами будущему медику. Первый из них «Готовься: будет непросто, но ты справишься!»



■ КТО ЕСТЬ ВРАЧ

Завершалась профориентационная двухдневка тоже весьма насыщенно. Представитель приемной комиссии Красноярского государственного медицинского университета Елена Савельева в режиме видеоконференции подробно рассказала об образовательных, научных и практических возможностях одного из лучших медицинских вузов России.

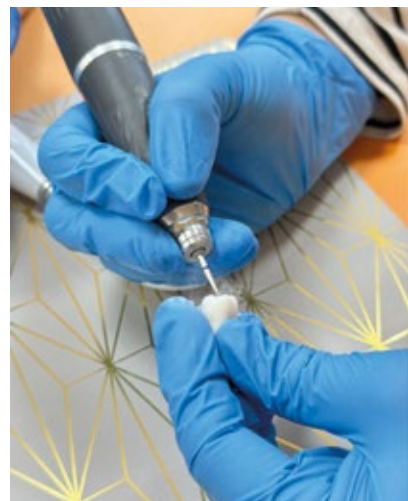
Главный врач Богучанской районной больницы Марина Безруких провела круглый стол, куда были приглашены ведущие врачи, уважаемые в Богучанском районе люди — врач-офтальмолог Наталья Блинова, врач-эндокринолог Виктория Логинова, врач-дерматовенеролог Светлана Челбакова, врач-терапевт Нина Алексеенко, врач хирург-травматолог-ортопед Юрий Сапожников. Отвечая на вопросы школьников, они рассказали, как пришли к выбору медицинской профессии, как поступали в мединститут, как удается совмещать напряженную работу доктора и заботу о семье.

На философский вопрос «Кто есть врач?» ответ, как и сама профессия, оказался многогранным. Труд врача требует от человека пунктуальности и внимательности (в медицине ничего и никогда нельзя перепутать), эрудиции и постоянного стремления к новым знаниям (от компетентности врача зависит жизнь человека), милосердия и любви к людям (бесценное умение жертвовать личным интересом), смелости и решительности (доктор отвечает не только перед пациентом и его родными, но и перед своей совестью).



«Рада сообщить, что согласно анкетированию 30 ребят из 41 определились и хотели бы связать свою профессиональную деятельность с медициной. 75 процентов — достойный результат! Отмечу, что в этот раз на мероприятие прибыли дети, более мотивированные и настроенные на получение медицинской профессии. Это было заметно по их увлеченности, по их вопросам, по их отношению к занятиям, которые мы подготовили. Отрадно, что многие ребята самостоятельно готовятся к поступлению в медицинские учебные заведения. Они пользуются онлайн-уроками, смотрят документальное видео о деятельности знаменитых врачей, работают волонтерами в районной больнице. Всех активных детей мы знаем, поддерживаем и уверены, что при поступлении в медвузы и медтехникумы у детей из Богучанского района, благодаря нашей профлаборатории, будет явное конкурентное преимущество. Коллектив Богучанской районной больницы намерен развивать профориентационную практику и решать кадровую проблему как одну из приоритетных. Мы работаем, чтобы жизнь продолжалась», — подытожила работу молодежной профлаборатории Марина Безруких.

Администрация Богучанской районной больницы благодарит за дружескую поддержку педагогов управления образования и коллектив управления культуры, физической культуры, спорта и молодежной политики Богучанского района, а также своих специалистов за достойную организацию мероприятия. ■



Профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей: опыт КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Автор: Н. Г. Филиппова, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Надежда Георгиевна Филиппова,
психолог клиентской службы
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Термин «синдром эмоционального выгорания» (далее СЭВ), был введен в 1974 г. и означает долговременную стрессовую реакцию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной степени интенсивности. Он характеризуется физическим и эмоциональным истощением, негативным отношением к своей деятельности и снижением личной эффективности.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) становится все более актуальной проблемой в сфере здравоохранения, особенно среди медицинских работников. Исследования в России показывают, что уровень стресса и эмоционального истощения среди врачей достигает тревожных масштабов. В данной статье мы рассмотрим причины и факторы риска СЭВ у медиков, его симптомы, а также опыт КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» (больницы скорой медицинской помощи) в профилактике данного синдрома.

Согласно последним исследованиям, проведенным в России среди

■ **Профессиональная деятельность медицинских работников, оказывающих помощь больным, связана со значительными психоэмоциональными нагрузками и сопровождается влиянием комплекса эмоционально негативных факторов, вызывающих у сотрудников неадаптивную реакцию на стресс, возникающий в результате работы.**

медицинских работников, было установлено, что 42% опрошенных испытывают симптомы эмоционального выгорания на уровне средне-значительного и высокого.

Кузнецова Н. А., Сысоева Е. В. (2019): согласно данным исследования, приблизительно 38 % медиков заявляют о высоком уровне эмоционального истощения, в то время как 56 % чувствуют постоянную усталость и апатию.

Головин Г. А., Соловьева Н. Л. (2021): в данной статье подчеркивается, что среди врачей, работающих в условиях высокой нагрузки, 50–60 % испытывают симптомы эмоционального выгорания, что напрямую сказывается на качестве медицинской помощи.

Шамалиев А. В. (2018): исследование показало, что 45 % врачей переживают эмоциональную депрессию в той или иной форме, что значительно влияет на их профессиональные обязанности и уровень взаимодействия с пациентами.

Калинина Т. В. (2020): в этом исследовании было установлено, что 35 % медицинских работников готовы рассмотреть уход из профессии из-за высоких уровней стресса и выгорания.

Наиболее подвержены этому состоянию врачи, работающие в условиях высокой нагрузки и стресса. Исследования показывают, что факторы, способствующие развитию СЭВ, включают недостаток поддержки со стороны коллег и администрации, высокие требования к профессиональной деятельности, а также эмоциональную нагрузку, связанную

с взаимодействием с пациентами.

Синдром выгорания отличается динамическим характером. Исследователи выделяют от трех до шести стадий (этапов) данного феномена.

В. В. Бойко (1999) для определения фаз выгорания берет за основу учение Ганса Селье о стрессе как неспецифической защитной реакции организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства.

Первая фаза — напряжения — включает в себя симптомы переживания психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, начальные признаки тревоги и депрессии.

Вторая фаза — резистенции — характеризуется попытками более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений.

Среди признаков (симптомов) резистенции прежде всего стоит выделить неадекватное избирательное эмоциональное реагирование. В. В. Бойко отмечает разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций как полезном навыке и неадекватном реагировании, что чаще воспринимается коллегами и пациентами как неуважение к их личности, то есть переходит в плоскость нравственных оценок. Последнее, очевидно, приводит к накоплению межличностных конфликтов. Далее отмечаются симптомы: эмоционально-нравственная дезориентация (как логическое продолжение предыдущего), расширение сферы экономики эмоций (прежде всего — когда данная форма



защиты переносится вне пределов профессиональной деятельности — домой, в общение с друзьями и т. п.), симптом редукции профессиональных обязанностей, по сути, их упрощение, так или иначе пересекающееся с эмоционально-нравственной дезориентацией.

Третья фаза — истощения — характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

Эмоциональная защита в форме выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечаются симптомы:

- эмоциональный дефицит — преобладание отрицательных эмоций над положительными;
- эмоциональная отстраненность — личность почти полностью исключает эмоции из профессиональной деятельности, в других же сферах живя полноценными эмоциями;
- личностная отстраненность — пациент воспринимается как неодушевленный предмет, объект для манипуляций;
- психосоматические и психовегетативные нарушения, когда эмоциональная защита уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими системами организма.

Таким образом, психика специалиста как бы спасается от разрушительной мощи эмоциональной энергии. Сгорание в наиболее выраженной степени достигает уровня перегорания или выгорания.

Таким образом, появление симптомов в картине синдрома выгорания носит стадийный характер.

На первых фазах выгорания профессионал в состоянии восстановиться, реабилитироваться, измениться сам и изменить ситуацию; в последующие периоды, человек самостоятельно не способен сохранить психологическое здоровье и нуждается в помощи специалистов.

Существует множество причин, способствующих возникновению синдрома эмоционального выгорания у врачей. К основным факторам риска можно отнести:

- работа в преимущественно негативном эмоциональном поле;
- повышенная ответственность;
- эмоциональный стресс;
- недостаток поддержки.
- долгие рабочие часы;
- опасность для собственного здоровья;
- трудность безусловно принимающего общения.

Симптомы синдрома эмоционального выгорания могут проявляться в различных формах. К ним относятся:

- хроническая усталость и истощение;
- цинизм и негативное отношение к работе;
- снижение профессиональной эффективности;
- эмоциональная нестабильность и раздражительность;
- физические проявления, такие как головные боли и проблемы со сном.

Важно отметить, что раннее выявление этих симптомов является ключевым для успешной профилактики и коррекции СЭВ.

И именно с этой целью на базе

КМКБСМП была проведена серия мероприятий, направленных на профилактику синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников. В проекте по профилактике СЭВ приняли участие хирурги операционного блока приемного отделения.

Основными задачами в работе было:

- изучение нагрузки на работника с целью определения наиболее эффективных стратегий работы;
- сбор информации для анализа психологических особенностей поведения посетителей медицинской организации;
- сбор информации для анализа коммуникативных процессов;
- оценка условий труда с целью создания оптимальных условий для труда и повышения удовлетворенности работников своей деятельностью;
- получение материала для создания эффективных рабочих сценариев в процессе обучения персонала;
- диагностика СЭВ у сотрудников отделения;
- оценка социально-психологического климата в трудовом коллективе и его оптимизация;
- проведение коллективного анализа при появлении первых признаков СЭВ у сотрудников.

Программа состояла из нескольких этапов:

1. Подготовительный этап.
2. Проведение исследования.
3. Анализ результатов.
4. Составление мероприятий.
5. Реализация.

До начала исследований со всеми участвующими в исследовании работниками проводилась беседа для разъяснения им цели исследовательских изысканий, сроков и правил их исполнения. При этом объяснялся порядок проведения психологического хронометража, тестирования.

Проведение исследования включало:

- Наблюдение (в процессе наблюдения психолог получает сведения о самых разнообразных проявлениях рабочего поведения; о каналах получения информации, об условиях внешней среды, о коммуникативных процессах и т. п.).

■ Психологический хронометраж (при проведении хронометража фиксируются все трудовые операции врача по отношению к пациенту без дифференциации того, по поводу какого заболевания они проводятся).

Полученные данные о затратах времени медицинского персонала заносятся в лист фотохронометражных наблюдений.

■ Тестирование (тест В. В. Бойко на изучение формирования СЭВ у медицинских работников), проективные методики — «Цветок», «Человек под дождем».

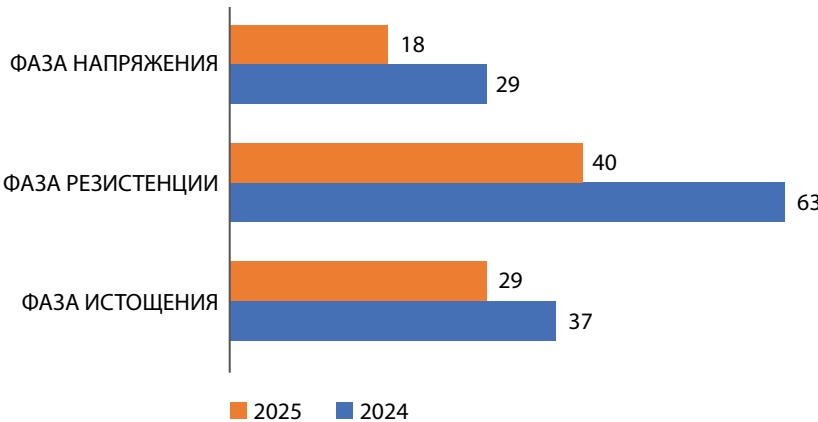
На третьем этапе был проведен анализ полученных данных, и результаты исследования легли в основу проводимой психотерапевтической, психокоррекционной, обучающей и профилактической работы.

Участникам были предложены практические методы управления стрессом, такие как техники релаксации, поддержка со стороны коллег и регулярные занятия с психологом в индивидуальном и групповом формате, где каждый врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Освоение коммуникативных навыков и умений, таких как: ведение диалога и сотрудничество, умение слушать и выслушивать, конфронтация, конструктивный спор, общение с пациентом в экстремальной для него ситуации и т. п. имеет целью повышение гибкости в профессиональном общении с разными категориями больных и их родственников в разных условиях и в разном состоянии.

Психологическое манипулирование некоторых больных, с которым сталкивается врач в профессиональном общении, требует в образовательном подходе научения навыкам их распознавания и коммуникативной гибкости с целью оберегания личности специалиста от внутри- и межличностных конфликтов, являющихся провоцирующим фактором эмоционального выгорания.

Рисунок 1. Сравнительный анализ результатов диагностики на уровень эмоционального выгорания по А. В. Бойко



Через год совместной работы были повторно проведены тесты на СЭВ, результаты которых показали положительную динамику по сравнению с 2024 г. На рисунке 1 представлен сравнительный анализ результатов диагностики на уровень эмоционального выгорания по А. В. Бойко (средний показатель по отделению).

Напряжение — характеризуется ощущением эмоционального истощения, усталости, вызванной собственной профессиональной деятельностью.

Резистенция — то есть сопротивление. Человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Резистенция характеризуется избыточным эмоциональным истощением, которое провоцирует развитие и возникновение защитных реакций, которые делают человека эмоционально закрытым, отстраненным, безразличным. На таком фоне любое эмоциональное привлечение к профессиональной деятельности и коммуникации вызывает у человека чувство избыточного переутомления.

Истощение — характеризуется психофизическим переутомлением человека, опустошенностью, нивелированием собственных профессиональных достижений, нарушением профессиональных коммуникаций, развитием циничного отношения

к тем, с кем приходится общаться, развитием психосоматических нарушений.

По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

- **36 и менее баллов** — фаза не сформировалась;
- **37-60 баллов** — фаза в стадии формирования;
- **61 и более баллов** — сформировавшаяся фаза.

■ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей является важной задачей, требующей комплексного подхода. Опыт хирургов оперативного блока приемного отделения показывает, что системные мероприятия, направленные на диагностику и коррекцию эмоционального состояния медицинских работников, могут существенно снизить уровень стресса и предотвратить развитие СЭВ. Важно, чтобы учреждения здравоохранения активно внедряли подобные программы, создавая поддерживающую и здоровую рабочую среду для своих сотрудников.

В завершение хочу поблагодарить хирургов и заведующего оперативного блока приемного отделения за доверие, оказанное мне в процессе нашей совместной работы. ■

Список литературы:

1. Бойко В. В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания // Практическая психодиагностика / ред. Райгородского Д. Я. — Самара. —1999.

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / СПб.: Питер, 2009. — 336 с.

1. Психология экстремальных ситуаций; под общей ред. Ю. С. Шойгу / М.: Смысл; Академия, 2009. — С. 239–313.

1. Картрайт С., Купер К. Л. Стресс на рабочем месте / Х.: Гуманитарный Центр, 2004. — 234 с.

Стратегии поведения в конфликте

■ Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса, модификация А. Г. Грецова

ИНСТРУКЦИЯ:

В таблице приведены описания возможных вариантов поведения в конфликтных ситуациях, сгруппированные в 30 пар. Выбери из каждой пары то суждение, которое более типично для твоего поведения (одно суждение из каждой пары). Некоторые формулировки, как ты заметишь, повторяются по несколько раз, но они все время находятся в разных сочетаниях друг с другом, так что выбор все равно нужно делать заново в каждой паре.

№	Вариант А	Вариант Б
1	Я предпочитаю, чтобы ответственность за решение спорных вопросов брал не я, а кто-то другой	Чем спорить о том, в чем наши мнения не совпадают, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны
2	Я стараюсь найти такие выходы из конфликтов, когда каждый что-то теряет, но что-то и приобретает взамен	Я пытаюсь уладить дело с учетом интересов как другого человека, так и моих собственных
3	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения
4	Я стараюсь найти компромиссное решение	Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека
5	Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у окружающих	Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности
6	Я пытаюсь избежать возникновения неприятностей	Для меня важнее всего добиться своего
7	Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно	Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться чего-то другого
8	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы
9	Разногласия, возникающие между мной и окружающими, меня не очень волнуют	Я прикладываю усилия, чтобы добиться своего
10	Я твердо стремлюсь достичь своего	Я стараюсь найти такие выходы из конфликтов, когда каждый что-то теряет, но что-то и приобретает взамен
11	Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и вопросы	Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения
12	Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры	Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу
13	Я предлагаю среднюю позицию	Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему,
14	Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах	Я пытаюсь показать другому преимущества моих взглядов
15	Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения	Я стараюсь сделать все необходимое, чтобы избежать напряженности
16	В конфликтах я стараюсь не задеть чувства другого	Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции
17	Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего	Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности
18	Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем	Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу
19	Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы	Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно
20	Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия	Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих

21	Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого	Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы
22	Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека	Я отстаиваю свои желания
23	Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас	Я предпочитаю, чтобы ответственность за решение спорных вопросов брал не я, а кто-то другой
24	Если позиция другого кажется ему очень важной, я стараюсь пойти навстречу его желаниям	Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу
25	Я пытаюсь показать другому преимущества моих взглядов	Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого
26	Я предлагаю среднюю позицию	Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас
27	Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры	Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем
28	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого
29	Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека	Разногласия, возникающие между мной и окружающими, меня не очень волнуют
30	В конфликтах я стараюсь не задеть чувства другого	Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим заинтересованным человеком могли добиться успеха

КЛЮЧ:

Подсчет баллов выполняется с помощью приведенной ниже таблицы. Столбики таблицы, пронумерованные от 1 до 5, — это пять стратегий поведения в конфликтных ситуациях. Каждый из вариантов ответа оценивается в 1 балл в пользу той стратегии, к которой он относится (то есть баллы нужно подсчитывать по каждому столбику отдельно).

Максимально возможное значение по каждому из показателей теста — 12 баллов, среднее — 6. Если по какому-то параметру набрано больше 8 баллов — это стратегия поведения в конфликтных ситуациях, которую ты предпочитаешь; меньше 4 — стратегия, которую ты избегаешь.

№	1	2	3	4	5
1				А	Б
2		Б	А		
3	А				Б
4			А		Б
5		А		Б	
6	Б			А	
7			Б	А	
8	А	Б			
9	Б			А	
10	А		Б		
11		А			Б
12			Б	А	
13	Б		А		
14	Б	А			
15				Б	А
16	Б				А
17	А			Б	
18			Б		А
19		А		Б	
20		А	Б		
21		Б			А
22	Б		А		
23		А		Б	
24			Б		А
25	А				Б
26		Б	А		
27				А	Б
28	А	Б			
29			А	Б	
30		Б			А



ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Эта методика позволяет определить, к каким стратегиям поведения в конфликтных ситуациях ты склонен:

Соперничество — стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому.

Сотрудничество — выбор альтернативы, максимально отвечающей интересам обеих сторон.

Компромисс — выбор, при котором каждая сторона что-то выигрывает, но что-то и теряет.

Избегание — уход от конфликтных ситуаций, отсутствие как стремления к кооперации, так и попыток достижения собственных целей.

Приспособление — принесение в жертву собственных интересов ради другого.

Давай поразмышляем о плюсах и минусах разных стратегий разрешения конфликтов. Как и в обсуждении любых характеристик личности, попробуем избежать категорий «хорошо» или «плохо», потому что одна и та же стратегия поведения может быть и плохой, и хорошей смотря для кого, в каждой конкретной ситуации.

Вот некоторые рекомендации, когда и какую стратегию поведения лучше применять.

Сотрудничество может состояться тогда, когда у тех, кто вступил в конфликт, есть возможность найти какие-то общие точки интересов, чтобы удовлетворить потребности и одного, и другого. Примерно как в притче о двух людях, которые поссорились из-за того, что не могли поделить лимон. А на самом деле одному из них нужна была мякоть, чтобы испечь пирожок, а другому — шкурка, чтобы сварить компот. Определись они сразу, что кому нужно, — и никакого конфликта не было бы. Сотрудничество — лучший способ решения конфликтов, но оно, к сожалению, возможно не всегда, в жизни довольно много ситуаций, когда достижение целей одним означает поражение другого (классические примеры: два парня «делят» девушку или две спортивные команды играют матч на выбывание).

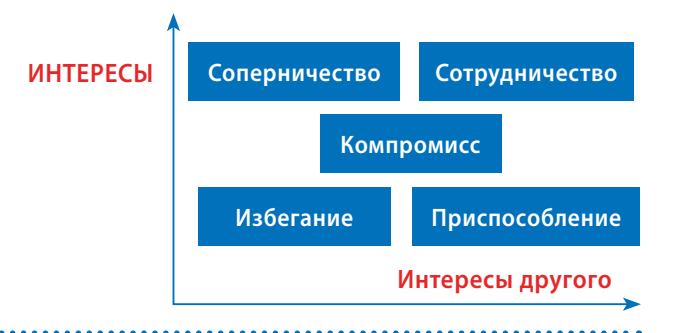
Соперничество — это стратегия, к которой имеет смысл прибегать при совпадении двух условий:

- причина конфликта для тебя важнее, чем дружеские отношения с тем, с кем ты конфликтуешь.
- ты уверен в превосходстве своих сил. Ведь если ты инициировал соперничество, тебе, скорее всего, ответят тем же.

Приспособление, напротив, более оправданно тогда, когда для тебя сохранение хороших отношений важнее, чем причина конфликта, или когда ты столкнулся с давлением грубой превосходящей силы. С тремя злобными грабителями, вооруженными ножами и пистолетами, одинокому безоружному прохожему лучше не соперничать, сам понимаешь...

Компромисс уместен тогда, когда конфликт возможно уладить таким образом, чтобы каждый, в чем-то пойдя на уступки, большую часть своих интересов все же удовлетворил. Избегание же наиболее оправданно тогда, когда собственное спокойствие тебе дороже повода для конфликта, а еще тогда, когда конфликт тебе навязывают, пытаясь удовлетворить какие-то свои

Эти стратегии можно графически отразить в системе координат свои интересы — интересы другого участника конфликта таким образом:



потребности. Глупо конфликтовать с торговым агентом, пытающимся «втиснуть» тебе какую-нибудь дрянь; куда проще просто захлопнуть перед его носом дверь квартиры (а еще лучше вообще не открывать!) или молча уйти от него на улицу.

А теперь разберем такой пример: в темном переулке на тебя напал грабитель, который требует отдать ему все деньги. Возможные сценарии действия:

- соперничество — оказать физическое сопротивление;
- сотрудничество — попытаться «навести» этого грабителя на более богатого знакомого, поставив условие: вырученные таким путем деньги поделить;
- компромисс — договориться с грабителем, что он возьмет только часть имеющихся денег в обмен на обещание жертвы не обращаться с заявлением в милицию;
- избегание — попытаться убежать;
- приспособление — безропотно отдать всю имеющуюся наличность.

Когда предпочтителен первый способ? Когда есть гарантия, что грабитель слабее и трусливее соперника. Но если грабитель вооружен, а вступающий в соперничество дрожит как осиновый лист? Разрешение такого конфликта может стать трагедией.

Второй способ может быть приемлем в описанной ситуации только в том случае, если и жертва окажется грабителем (есть все основания надеяться, что они оба когда-нибудь плохо кончат).

Третий способ (дипломатический) в общении с грабителем, пожалуй, не вполне уместен, хотя чудачки бывают всякие. Попытаться убежать в описанной выше ситуации — стратегия очень хорошая для умеющих быстро бегать и знающих, куда бежать. А вот безропотно отдать всю имеющуюся наличность очень обидно, но иногда именно это абсолютно оправданные действия. Думается, в этом примере самая выгодная стратегия все-таки четвертая — избегание, но не в смысле «делать ноги», а в смысле по максимуму избежать возможности в такую ситуацию попасть. Как, впрочем, и в другие подобные ситуации.



Сердечно благодарим



«Никаких самых добрых слов не хватит, чтобы выразить признательность за ваш тяжелейший самоотверженный и вечно недооцененный труд. Поэтому просто спасибо вам, спасибо, что спасаете жизни и сохраняете здоровье. Главную же благодарность и признательность хочу выразить Ольге Михайловне Черновой, доктору пульмонологического отделения, в добрые и надежные руки которой меня привезли чуть живого, задыхающегося, на машине скорой помощи. Волею судеб, или звезды так сложились, не иначе. Уж не знаю каким чудом Ольга Михайловна в тот же день назначила правильное лечение, и уже на следующий день мне сильно полегчало. И дальше становилось только лучше. Через два дня уже смог подняться пешком по лестнице, хотя еще недавно даже стоял с трудом. Пока лежал в стационаре, не видел и не слышал плохого обращения персонала с пациентами, а вот пациенты бывали всякие, и, скажем так, потрепанные жизнью. Ольга Михайловна каждый день на обходах держала меня в курсе по анализам и обследованиям, а это в свою очередь благоприятно действовало на мой психологический настрой. И хотя я вообще не волновался уже после первой встречи с ней, все равно успокаивала хорошей динамикой и прогнозами. Благополучно пролеченного положенный срок, меня, свободно дышащего полной грудью, выписали под Новый год, чему я, конечно, был очень рад. Болезнь оказалась легче, чем я сам себе напридумывал, поэтому и лежать пришлось меньше, чем боялся. Как говорится, у страха глаза велики. Если руководство больницы случайно ищет, кому дать внеочередную премию, наградить, повысить, увековечить на доске почета, уверяю, лучшей кандидатуры, чем Ольга Михайловна Чернова, вы точно не найдете. Кроме того, что она прекрасный врач (о чем говорит мое выздоровление), она такой же прекрасный человек, понимающий и отзывчивый. Спасибо больнице БСМП за такого бесценного Специалиста, спасибо за отличное отделение пульмонологии, и отдельное спасибо за шкафчик с книгами».

Андрей Константинович

21.02.2025г в БСМП в неврологическое отделение с тяжелой формой инсульта поступила Н.В. 12.03.2025г на Ваше имя от её дочери О.С. было направлено письмо, в котором говорилось об отказе в реабилитации Н.В. (в связи с «нулевым потенциалом реабилитации»). Сейчас вопрос разрешился положительно. Хотелось выразить глубокую признательность и огромную благодарность и.о. заведующего неврологическим отделением Наталье Евгеньевне, отблескшей с пониманием к нашей просьбе о помощи. Она врач по призванию! Просто неравнодушный человек. Наталья Евгеньевна собрала еще раз консилиум необходимых специалистов, которые увидели огромную положительную динамику лечения и решили вопрос о возможности реабилитации.

Отдельное СПАСИБО хочется сказать лечащему врачу Екатерине Ивановне, которой удалось получить такой эффект лечения инсульта, осложненного пневмонией. Подобранное лечение привело к значительному улучшению состояния здоровья Н.В.

Большое СПАСИБО всему медицинскому персоналу, которые внимательны к таким тяжелым пациентам и всегда по-доброму к ним относятся.

«С 20 февраля по 22 февраля 2025 г. находилась в травматологическом отделении КГБУЗ БСМП им. Карповича города Красноярск с травмой колена. Хочу выразить благодарность всему травматологическому отделению за профессионализм, доброжелательное отношение к пациентам, уютную и спокойную атмосферу в отделении. Огромное спасибо за проведенную операцию и лечение ГВОЗДЕВУ ИВАНУ АНАТОЛЬЕВИЧУ, врач от Бога! Отдельная благодарность всей операционной бригаде, врачу-анестезиологу, медицинским сестрам и санитарочкам. Желаю всем здоровья. Вы самые лучшие!»

С уважением, Алена Ч.

«Я, Елена Алексеевна Л., проживающая в г. Шарыпово, наблюдалась в травматологическом отделении КМКБСМП им. Н. С. Карповича г. Красноярск с 15.01.2025 по 23.01.2025, а также была сделана операция по замене коленного сустава. Выражаю огромную благодарность врачу-травматологу-ортопеду Анатолию Сергеевичу Локтионову, а также заведующему отделением Константину Валерьевичу Тутынину за профессионализм, золотые руки и очень вежливое отношение!!! За то, что операция по времени мне была проведена за очень короткое время после сдачи документов на протезирование!!! В травматологическом отделении под руководством Тутынина К. В. работает очень слаженный, ответственный, добропорядочный коллектив. Все работники отделения Профессионалы в своем деле!!!»

С уважением, Елена Алексеевна Л.

Здравствуйте! С 23.02.2025 по 14.03.2025 мой муж находился на лечении в нейрохирургическом отделении БСМП. Хочу выразить благодарность от всей души лечащему доктору Горбушину Антону Константиновичу за проведенную операцию и дальнейшее наблюдение и лечение, врач просто от Бога, спасибо ему огромное. Заведующему отделением Кувеко Владимиру Александровичу, который тоже всегда был на связи и отвечал на все вопросы. И, конечно же, всему медперсоналу отделения, вы большие профессионалы, спасибо, что вы есть!