



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



45 ЛЕТ СЛУЖЕНИЯ ЛЮДЯМ

стр. 18

ОПЫТ РАБОТЫ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ
БОЛЬНЫХ С ОНМК

стр. 25

ЕЩЕ РАЗ О ПРОБЛЕМАХ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ,
ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

стр. 36

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА
ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

— *поздравления* —



А.В. Усс
*Временно исполняющий обязанности
Губернатора Красноярского края*

*Уважаемые работники
Красноярской больницы скорой
медицинской помощи!*

Поздравляю вас с юбилеем!

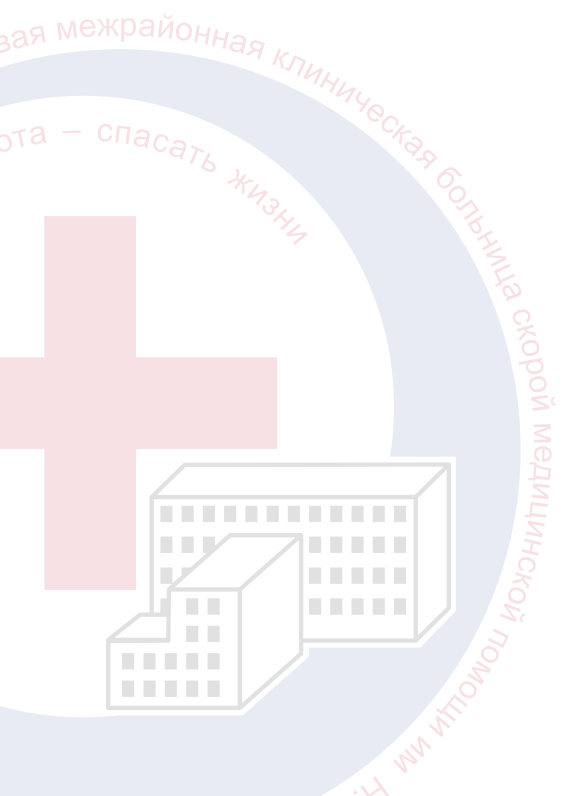
Красноярская больница скорой медицинской помощи – это во многих смыслах передовой отряд нашего регионального здравоохранения. Сотни тысяч спасённых и вылеченных пациентов – заслуга нескольких поколений сотрудников больницы, профессионалов, преданных своему делу. Красноярцы уважают ваш труд, доверяют вам и твёрдо знают, что, случись беда, в БСМП они получат своевременную профессиональную помощь.

С открытием нового хирургического корпуса, оборудованного по мировым стандартам, больница обрела новое, суперсовременное «сердце». Теперь по своему оснащению и возможностям она входит в число лучших медицинских центров Сибирского федерального округа.

Дорогие друзья! Вы не просто профессионалы своего дела. Вы – люди с особым складом характера, готовые мчаться на помощь, невзирая на тяжёлые ночные дежурства, на личное физическое и психологическое напряжение.

От имени всех, кого вы спасли, я искренне благодарю вас за самоотверженный труд, за милосердие и любовь к людям.

Желаю вам душевных и физических сил, искренней благодарности пациентов и новых профессиональных побед. Будьте здоровы и счастливы!



— поздравления —



В.С. Денисов

Министр здравоохранения Красноярского края

Уважаемые коллеги!

Уважаемый Аркадий Борисович, сотрудники БСМП и все медицинские работники! Примите мои искренние поздравления с 45-летним юбилеем больницы и с нашим профессиональным праздником – Днем медицинского работника! Сегодня область здравоохранения одна из наиболее динамично развивающихся отраслей социальной сферы. Строительство современных клиник, развитие новых технологий, методов лечения, активная информатизация здравоохранения – все это показатели того, что предоставление медицинских услуг выходит на качественно новый уровень. В центре этих процессов уникальные люди – медицинские работники. Больница скорой медицинской помощи всегда была «на передовой». 45 лет круглосуточного потока пациентов, 45 лет ежедневной успешной борьбы с широчайшим спектром заболеваний. Частота обращений в БСМП одна из самых высоких в крае. Успешно справиться с работой помогают три главных качества, которыми обладает каждый сотрудник больницы: профессионализм, чуткость и преданность своему делу. Сегодня материальная база БСМП сопоставима с диагностическим и лечебным оснащением ведущих отечественных больниц. Это делает возможным проведение сложнейших операций, оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Кроме того, в этом году в составе БСМП появился новый хирургический корпус, а в следующем больница примет участие в медицинской поддержке грядущей Универсиады. Это действительно значимая ступень в развитии учреждения и прекрасная возможность для самих представителей практической медицины реализовать свои профессиональные возможности. В этот замечательный праздник желаю вам прежде всего здоровья, новых идей, интересных открытий, счастья, мира и добра!



А.Б. Коган

Главный врач

Уважаемые коллеги!

Дорогие друзья!

Искренне поздравляю вас с Днем медицинского работника и 45-летним юбилеем больницы! В этот праздник все мы вправе оглянуться назад и с профессиональной точки зрения оценить свою работу. Увидеть, что не все трудовые дни прошли гладко, вспомнить трудности, переосознать полученный опыт. И самое главное – понять, насколько важным для других людей является наше поприще! Осознание этого факта воспитывает в душе благородство. Оно не делает груз ответственности, водруженный на наши спины, легче, но позволяет переносить его более стойко. Доброту, любовь к человеку – главное не только в нашей работе, но и в жизни.

Прелесть любого праздника как раз в том, что он предполагает рефлекссию, тем более если речь идет о главном празднике в профессии. И сегодня благодарности наших пациентов говорят нам немного о большем, чем обычно. Всё не зря!

Сегодня не зазорно быть немного более снисходительным, чем всегда, можно сказать себе и своим соратникам: «Мы молодцы! Дальше – лучше!» Вот уже 45 лет наша больница работает в круглосуточном режиме ежедневно, не зная выходных и праздников. Подобный темп возможен лишь благодаря вам – работникам БСМП!

Впереди нас ждет работа в новом хирургическом корпусе, новые свершения, новые рубежи! От всей души желаю всему коллективу БСМП радости, успехов и здоровья вам и вашим близким! С праздником!

— знаменательные даты —

Руководство и коллектив Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» поздравляет юбиляров:

Абылова Эркеган Абдырамановна,
лифтер, отдел главного механика
и энергетической службы

Андреев Роман Иванович,
врач-хирург, хирургическое отделение №2

Антонова Валентина Евгеньевна,
ведущий бухгалтер, бухгалтерия

Анфёрова Елена Викторовна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Артюшкина Татьяна Николаевна,
медицинская сестра процедурной,
пульмонологическое отделение

Афанасьева Светлана Ивановна,
уборщик служебных помещений,
административно-хозяйственный отдел

Ачисова Любовь Николаевна,
медицинская сестра процедурной,
хирургическое отделение №1

Бабак Лариса Дмитриевна,
буфетчица-раздатчица,
хирургическое отделение №2

Бадыма Айсураа Коой-ооловна,
санитарка, гинекологическое отделение

Базаров Александр Сергеевич,
врач-невролог, неврологическое отделение

Балдушевский Александр Николаевич,
уборщик территорий,
административно-хозяйственный отдел

Белякова Светлана Борисовна,
ведущий программист,
отдел информационных технологий

Бердников Дмитрий Сергеевич,
врач-хирург, операционный блок

Бикнязева Анна Валерьевна,
уборщик служебных помещений,
отдел профилактической дезинфекции

Биневич Ольга Юрьевна,
специалист по кадрам, отдел кадров

Богданова Наталья Федоровна,
медицинский регистратор, приемное отделение

Боштан Иван Васильевич,
врач травматолог-ортопед, операционный блок

Бубличенко Людмила Вадимовна,
младшая медицинская сестра по уходу за больными,
неврологическое отделение

Букина Наталья Юрьевна,
уборщик служебных помещений,
физиотерапевтическое отделение

Букреева Екатерина Игоревна,
санитарка,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 1

Варламова Маргарита Валентиновна,
медицинская сестра палатная (постовая),
урологическое отделение

Великова Ирина Александровна,
врач-пульмонолог, пульмонологическое отделение

Вигуль Елена Викторовна,
врач-терапевт, неврологическое отделение

Вишневская Яна Игоревна,
бухгалтер, бухгалтерия

Волкова Раиса Михайловна,
старшая медицинская сестра,
травматологическое отделение № 2

Воробьева Олеся Егоровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
палата реанимации и интенсивной терапии
Инфекционного отделения № 1

Воронова Анастасия Иннокентьевна,
кастеляниша, травматологическое отделение № 2

Выродов Артем Андреевич,
ведущий программист,
отдел информационных технологий

Высоцкая Галина Ивановна,
оператор электронно-вычислительных
и вычислительных машин,
отдел главного механика и энергетической службы

Ганцгорн Михаил Владимирович,
санитар, приемный покой инфекционного корпуса

Герасименко Александр Петрович,
слесарь-сантехник, отдел главного механика
и энергетической службы

— знаменательные даты —

Глухова Екатерина Владимировна,
младшая медицинская сестра по уходу за больными,
урологическое отделение

Грачева Татьяна Владимировна,
врач-терапевт, приемное отделение

Грицан Людмила Петровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 2

Грянко Сергей Владимирович,
врач анестезиолог-реаниматолог,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 1

Гуринова Ирина Алексеевна,
живея, административно-хозяйственный отдел

Гурская Любовь Михайловна,
кастеляниша,
административно-хозяйственный отдел

Дементьева Марина Николаевна,
санитарка, отделение лучевой диагностики № 1

Дензинмаа Алена Кызыл-ооловна,
младшая медицинская сестра по уходу
за больными, неврологическое отделение

Дорохина Светлана Дмитриевна,
медицинский лабораторный техник,
патологоанатомическое отделение

Древина Светлана Анатольевна,
санитарка, отделение рентгенохирургических
методов диагностики и лечения

Дьякова Ирина Борисовна,
старшая медицинская сестра,
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Егорова Ольга Николаевна,
кастеляниша, урологическое отделение

Ермаганбетова Зауре Джанабаевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение сосудистой хирургии

Ершов Игорь Юрьевич,
ведущий инженер-электроник, технический отдел

Жанузакова Жанымкуль Байдосовна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Жужма Анастасия Александровна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение анестезиологии и реанимации

Жукова Марина Николаевна,
старшая медицинская сестра,
хирургическое стоматологическое отделение

Журавихина Варвара Викторовна,
врач-терапевт, приемное отделение

Зайцева Екатерина Михайловна,
санитарка, патологоанатомическое отделение

Засемкова Наталья Петровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
травматологическое отделение № 2

Зыкова Валентина Александровна,
медицинская сестра,
отделение ультразвуковой диагностики

Зюкина Наталья Николаевна,
уборщик служебных помещений,
отдел профилактической дезинфекции

Иванченко Денис Михайлович,
ведущий инженер-электроник,
технический отдел

Имомкулова Сулхия Шарифмуродовна,
уборщик служебных помещений,
отдел профилактической дезинфекции

Исаева Наталья Сергеевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
инфекционное отделение № 3

Кабыш Сергей Сергеевич,
медицинский брат палатный (постовой),
эндокринологическое отделение

Кайкова Татьяна Борисовна,
врач клинической лабораторной диагностики,
клинико-диагностическая лаборатория

Карасева Екатерина Николаевна,
медицинская сестра процедурной,
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Карюкина Галина Федоровна,
буфетчица-раздатчица,
травматологическое отделение № 2

Кевлева Анастасия Андреевна,
уборщик служебных помещений,
административно-хозяйственный отдел

Кембель Дарья Викторовна,
санитарка, хирургическое отделение №2

Козлова Эльвира Евгеньевна,
санитарка,
отделение реанимации и интенсивной
терапии № 3

Коренева Татьяна Леопольдовна,
заведующая отделением,
врач-эндоскопист,
эндоскопическое отделение

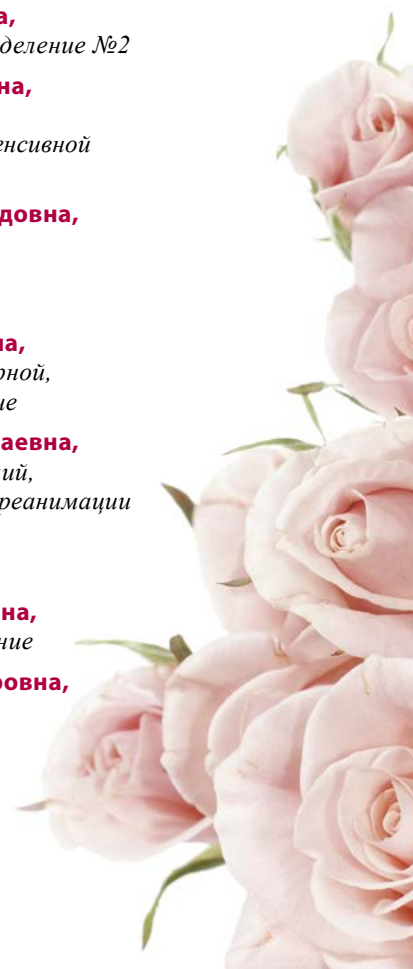
Корноухова Ольга Ивановна,
медицинская сестра процедурной,
пульмонологическое отделение

Косарева Валентина Николаевна,
уборщик служебных помещений,
отделение анестезиологии и реанимации

Косян Михаил Минасович,
лифтер, общежитие

Кривец Оксана Вячеславовна,
санитарка, приемное отделение

Кривобокова Елена Викторовна,
дежурный по общежитию,
общежитие



— знаменательные даты —

Криворотова Мария Александровна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение анестезиологии и реанимации

Кулакова Лариса Борисовна,
санитарка, эндоскопическое отделение

Кулакова Татьяна Андреевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Кулик Михаил Михайлович,
техник,
отдел главного механика и энергетической службы

Курнавкина Людмила Владимировна,
старшая операционная медицинская сестра,
операционный блок

Куулар Александра Кудажиевна,
санитарка, операционный блок

Куулар Сай-Суу Александровна,
операционная медицинская сестра,
операционный блок

Ларионова Ольга Александровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 2

Ларькова Анна Николаевна,
биолог, бактериологическая лаборатория

Левичева Ольга Анатольевна,
фельдшер-лаборант,
клинико-диагностическая лаборатория

Линке Ольга Николаевна,
санитарка, отделение лучевой диагностики № 1

Литвиненко Мария Викторовна,
врач-кардиолог, кардиологическое отделение

Лопатина Наталья Викторовна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое стоматологическое отделение

Лопсан Чейнеш Владимировна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение для больных с острыми отравлениями

Малинина Оксана Владимировна,
уборщик служебных помещений,
административно-хозяйственный отдел

Малышева Ольга Геннадьевна,
медицинская сестра процедурной,
неврологическое отделение

Мамонтова Вера Викторовна,
врач-рентгенолог, рентгенологическое отделение

Манилова Оксана Владимировна,
медицинская сестра палатная (постовая),
урологическое отделение

Маркина Татьяна Вячеславовна,
уборщик служебных помещений,
приемное отделение

Маслов Геннадий Сергеевич,
врач-хирург, хирургическое отделение №1

Матвиенко Светлана Евгеньевна,
врач-рентгенолог, рентгенологическое отделение

Медведев Виктор Валерьевич,
врач анестезиолог-реаниматолог,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 1

Минабутдинова Ангелина Сергеевна,
санитарка, приемное отделение

Мионов Юрий Николаевич,
врач функциональной диагностики,
отделение функциональной диагностики

Михайлова Екатерина Игоревна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 2

Молина Ирина Юрьевна,
врач-нейрохирург, нейрохирургическое отделение

Молокеева Любовь Николаевна,
буфетчица-раздатчица,
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Монгуш Дан-Хаяа Шолбановна,
медицинская сестра палатная (постовая),
пульмонологическое отделение

Мунин Андрей Михайлович,
врач-хирург,
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Мясникова Вера Васильевна,
операционная медицинская сестра,
операционный блок

Назмутдинова София Хабибуловна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 1

Наумович Валентин Романович,
заместитель главного врача
по санитарно-эпидемиологическому режиму,
общепольничный медицинский персонал

Нестерова Анна Сергеевна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение анестезиологии - реанимации

Никифоров Александр Владимирович,
уборщик территорий,
административно-хозяйственный отдел

Обедина Нелли Викторовна,
врач-оториноларинголог,
инфекционное отделение № 1

Оглезнева Елизавета Ивановна,
санитарка, операционный блок

Олейник Ольга Ивановна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение анестезиологии - реанимации

Ондар Ай-Херел Борисович,
санитар, операционный блок

Орлова Наталья Геннадьевна,
ведущий инженер-энергетик,
отдел главного механика и энергетической службы



Оюн Лидия ТЫРТЫГ-ООЛОВНА,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение №1

Павкина Галина Васильевна,
санитарка, инфекционное отделение № 2

Павлова Наталья Николаевна,
врач-лаборант,
клинико-диагностическая лаборатория

Первухина Надежда Викторовна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Пищеренко Сергей Михайлович,
заведующий отделением-врач-патологоанатом,
патологоанатомическое отделение

Половникова Евгения Николаевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
палата реанимации и интенсивной терапии
Инфекционного отделения № 1

Прохоренкова Альфия Серажудиновна,
врач-акушер-гинеколог, гинекологическое отделение

Развозжаева Татьяна Геннадьевна,
гардеробщик,
административно-хозяйственный отдел

Раков Владимир Дмитриевич,
начальник отдела,
отдел по содержанию зданий и сооружений

Раменская Дарья Владимировна,
медицинская сестра палатная (постовая),
травматологическое отделение № 2

Рогова Надежда Ивановна,
рентгенолаборант,
отделение лучевой диагностики № 1

Ростова Людмила Андреевна,
врач-бактериолог,
бактериологическая лаборатория

Савина Тамара Николаевна,
врач-стоматолог-терапевт,
хирургическое стоматологическое отделение

Савицкая Юлия Александровна,
санитарка, хирургическое отделение №2

Сайгоченко Татьяна Сергеевна,
уборщик служебных помещений,
бактериологическая лаборатория

Салчак Азияна Альбертовна,
санитарка, нейрохирургическое отделение

Салчак Сайзанак Сергеевна,
санитарка, операционный блок

Санникова Тамара Викторовна,
лифтер, отдел главного механика и энергетической
службы

Сартыыл Айлаана Маадыровна,
уборщик служебных помещений,
клинико-диагностическая лаборатория

Сат Аржаана Эртинеевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
нефрологическое отделение

Сат Сай-Суу Мирославовна,
санитарка, неврологическое отделение

Семенова Валерия Михайловна,
младшая медицинская сестра по уходу за больными,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 1

Сенькова Наталья Федоровна,
буфетчица-раздатчица,
неврологическое отделение

Сереброва Светлана Николаевна,
медицинский регистратор,
кабинет учета и медицинской статистики орга-
низационно-аналитического отдела

Середкина Наталья Владимировна,
медицинская сестра приемного отделения,
приемное отделение

Серет Людмила Николаевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение №2

Симаков Юрий Юрьевич,
врач ультразвуковой диагностики,
отделение ультразвуковой диагностики

Скрипка Мария Олеговна,
санитарка, урологическое отделение

Слинкова Мария Андреевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение №1

Сметанина Татьяна Сергеевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Ставер Ярослава Геннадьевна,
биолог, клинико-диагностическая лаборатория

Стариченко Елена Алексеевна,
уборщица, бактериологическая лаборатория

Старкина Ульяна Степановна,
уборщик служебных помещений,
инфекционное отделение № 1

Степаненков Александр Вячеславович,
ведущий программист,
отдел информационных технологий

Степанова Ольга Васильевна,
операционная медицинская сестра,
операционный блок

— знаменательные даты —

Страшко Людмила Викторовна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 3

Тадаев Сергей Геннадьевич,
слесарь-сантехник,
отдел главного механика и энергетической службы

Тарасевич Александра Александровна,
санитарка, кардиологическое отделение

Теряева Наталья Егоровна,
фасовщик, аптека

Тесленко Алефтина Ивановна,
буфетчица-раздатчица,
хирургическое отделение №2

Тоболлин Денис Викторович,
рентгенолаборант, рентгенологическое отделение

Токарева Анна Александровна,
санитарка, хирургическое отделение №2

Толкачева Ирина Васильевна,
уборщик служебных помещений, общежитие

Торопова Евгения Александровна,
врач-анестезиолог-реаниматолог,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 2

Тулуш Дамырак Александровна,
уборщик служебных помещений,
операционный блок

Тусмина Ксения Максимовна,
медицинская сестра-анестезист,
отделение анестезиологии - реанимации

Тюлюш Надежда Салчак-ооловна,
санитарка, травматологическое отделение № 2

Федоров Петр Евгеньевич,
ведущий программист,
отдел информационных технологий

Федякина Светлана Павловна,
врач-патологоанатом,
патологоанатомическое отделение

Хамидуллин Халил Ясавиевич,
уборщик территорий,
административно-хозяйственный отдел

Хертек Алаш Шолбанович,
санитар, операционный блок

Хертек Алдынай Александровна,
санитарка (мойщица), аптека

Хертек Шончалай Шолбан Уруу,
санитарка, травматологическое отделение № 1

Хлыновская Екатерина Владимировна,
операционная медицинская сестра,
отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Хозеев Дмитрий Владимирович,
врач-нейрохирург, нейрохирургическое отделение

Хозеева Оксана Геннадьевна,
медицинский лабораторный техник,
клинико-диагностическая лаборатория

Хомушку Хунээрек Ужар-ооловна,
медицинская сестра палатная (постовая),
инфекционное отделение № 1

Хомушку Чодураа Дадар-ооловна,
медицинская сестра палатная (постовая),
нейрохирургическое отделение

Хоружик Артем Сергеевич,
санитар, травматологическое отделение № 1

Хохлов Евгений Борисович,
электромонтер по ремонту оборудования,
отдел главного механика и энергетической службы

Чамбал Чодураа Март-ооловна,
уборщик служебных помещений,
травматологическое отделение № 1

Черкасов Андрей Викторович,
подсобный рабочий,
административно-хозяйственный отдел

Черных Александр Викторович,
врач-рентгенолог, рентгенологическое отделение

Чолдак-кыс Тана Валерьевна,
санитарка, урологическое отделение

Чом Марияна Кызыл-ооловна,
санитарка, травматологическое отделение № 1

Шактар Саида Суктеровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
отделение для больных с острыми отравлениями

Шаумарова Рахима Турлибаевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
урологическое отделение

Швецова Анна Александровна,
врач-эндоскопист, эндоскопическое отделение

Шевелева Людмила Ивановна,
санитарка, травматологическое отделение № 2

Шумилов Владимир Александрович,
подсобный рабочий, пищеблок

Эген Долаана Александровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение №3 (гнойное)

Эшонова Ольга Владимировна,
санитарка, пульмонологическое отделение

Юрьев Виталий Сергеевич,
врач-инфекционист,
инфекционное
отделение № 2



редакторская коллегия



Главный редактор:

А.Б. Коган
Главный врач



С.Г. Маслов
Заместитель главного
врача по хирургии



Д.Э. Здзитовецкий
Врач-хирург,
д.м.н., доцент



С.И. Ростовцев
Врач анестезиолог-
реаниматолог,
д.м.н., доцент



Т.А. Зимина
Заместитель
главного врача
по работе
с сестринским
персоналом



Л.В. Торопова
Заместитель
главного врача
по организационно-
методической работе
– заведующая отделом
контроля качества
медицинской помощи



А.А. Любченко
Заместитель главного
врача по медицинской
части,
к.м.н., доцент



И.Г. Юрикова
Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

— *содержание* —

новости	стр. 11
актуальное интервью	стр. 16
45 ЛЕТ ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА – СПАСАТЬ ЖИЗНЬ	
наука и практика	стр. 18
ОПЫТ РАБОТЫ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОНМК	стр. 22
АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА	стр. 25
ЕЩЕ РАЗ О ПРОБЛЕМАХ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	стр. 28
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	стр. 31
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА»	стр. 36
ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	стр. 40
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ	
медицина и бизнес	стр. 42
АЛМАГ-01 – ПЛАЦЕБО ИЛИ ЛЕЧЕБНЫЙ АППАРАТ	
из истории одного отделения	стр. 46
ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ №2	
случай из практики	стр. 48
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО КАК ПРИЧИНА ИНФИЛЬТРАТА В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
золотой фонд БСМП	стр. 49
«НАШ БОРИСЫЧ»	стр. 53
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ 45 ЛЕТ	
от всей души	стр. 57
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ	

Корпоративное
научно-практическое,
профессиональное
медицинское издание.
Адрес редакции:
660062, г. Красноярск,
ул. Курчатова, 17,
тел. (391) 246-94-33,
www.bsmp.sibmedport.ru

Учредитель:
Краевое государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича».
Главный редактор: Коган Аркадий
Борисович (главный врач).
Специалист по связям
с общественностью:
Любченко А.А.,
тел.: 89138335043.

Телефоны:
(391)246-94-40 (стол справок),
(391)246-93-45, (391)246-93-42
(приёмный покой).
Телефон доверия: (391) 246-94-23
(круглосуточно).

Допечатная подготовка:
Творческое объединение «Слово»
г. Красноярск ул. Телевизорная, 1,
стр. 9, оф. 603/1
тел. 89080261990

Печать:
ООО «Ситалл»
660074, г. Красноярск,
ул. Борисова, 14
Тираж 999 экз.
Август 2018 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

новости



18 ИЮНЯ СОСТОЯЛОСЬ ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОРПУСА КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА».

На мероприятии присутствовали врио губернатора Красноярского края Александр Усс, заместитель председателя правительства Алексей Подкорытов и министр здравоохранения региона Виталий Денисов.

Этот день для медучреждения действительно можно назвать историческим. Открытие хирургического корпуса – новая веха развития БСМП. Особенно радостно, что данное событие совпало с 45-летним юбилеем больницы.

Но самое главное не это, а то, что теперь медицинская помощь для жителей нашего города и края станет еще доступнее и качественнее.

В частности, благодаря 15-ти современным операционным в БСМП теперь есть возможность проводить гораздо больше высокотехнологичных операций по таким профилям, как кардиология, травматология, нейрохирургия и гинекология. Новый хирургический корпус позволит усилить борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями: увеличить количество корона-

рографий и стентирований при инфарктах миокарда, тромбозэкстракций сосудов головного мозга при инсультах.

Ввод в эксплуатацию нового корпуса даст возможность значительно сократить время с момента поступления пациента до его направления на операцию на 30 – 50%.

Новый хирургический корпус оснащен самым современным оборудованием.

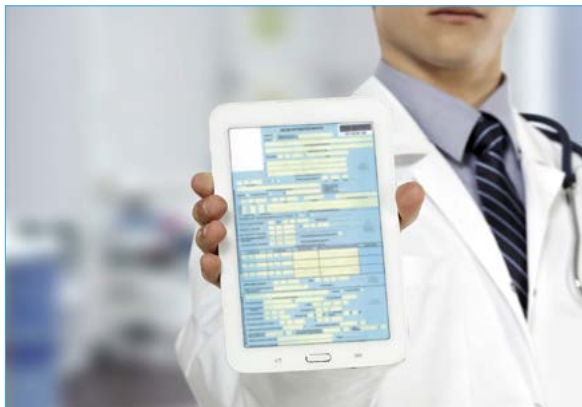
Сейчас в больнице проводится до 13 тысяч операций в год, с переходом в новое здание планируется увеличить их количество до 15 тысяч.

На сегодняшний день в БСМП обращается более 50 тысяч человек в год, из них только до 10% – плановые больные, те самые, прием которых будет проводиться в старом приемном покое в определенные часы. Все остальные будут получать лечение в новом корпусе.

Ввод в эксплуатацию хирургического корпуса БСМП – это не только большой шаг в сфере медицинского обеспечения грядущей Универсиады, но и важнейший вклад в область здравоохранения города и края.

новости

В КМКБСМП ВЫДАЮТ ЭЛЕКТРОННЫЕ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



Целью реализации программы по внедрению таких электронных документов является объединение информации по листкам нетрудоспособности в единую базу, уход от громоздкой системы хранения и обработки данных, снижение затраты страхователей и экономия бюджетных средств.

Формирование электронного листка нетрудоспособности происходит с помощью автоматизированной системы информационного взаимодействия по обмену сведениями, участниками которой являются: страховщик – Фонд социального страхования РФ (ФСС РФ), страхователи (работодатели), медицинские организации (больницы, поликлиники) и федеральные государственные учреждения (бюро) медико-социальной экспертизы.

Электронный лист нетрудоспособности – такой же полноценный документ, как и его бумажный аналог, имеющий, однако, ряд преимуществ:

- электронный лист нетрудоспособности создается сразу на сервере Фонда социального страхования Российской Федерации;
- исключается возможность подделки или иного рода фальсификации документа;
- электронный лист нетрудоспособности невозможно потерять, привести в негодность и т.п.;
- электронный лист нетрудоспособности значительно ускоряет процедуру выдачи пособия – нужно лишь предоставить работодателю номер электронного «больничного» для заполнения последней своей части данных, и далее документ автоматически фиксируется в информационной системе Фонда социального страхования и служит основанием для перечисления пособия застрахованному лицу;
- получить информацию о сформированных электронных листках нетрудоспособности работник

и работодатель могут в личных кабинетах, размещенных на сайте ФСС РФ, доступ к которым обеспечивается при наличии логина и пароля к Единому portalу государственных и муниципальных услуг.

Возможность оформления такого документа есть только у тех лиц, работодатели которых участвуют в программе электронного документооборота.

В БСМП СОСТОЯЛОСЬ ЗАСЕДАНИЕ ИТОГОВОЙ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ



В мероприятии приняли участие, в том числе, заместитель председателя правительства Красноярского края Алексей Подкорытов, и.о. министра здравоохранения Красноярского края Вадим Янин, директор ТФОМС Красноярского края Сергей Козаченко, ректор ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации Иван Артюхов, а также представители министерства здравоохранения, главные врачи и заведующие отделениями медицинских учреждений Красноярска и Красноярского края, представители страховых организаций. На площадке собрались более двухсот представителей практического здравоохранения, чтобы обсудить достигнутые показатели года 2017-го и ключевые направления работы медицинских организаций на 2018-й.

Обсуждался ряд важнейших приоритетов в работе медицинской отрасли. В частности, дальнейшее снижение смертности (в 2017 году по отношению к 2016-му этот показатель снизился на 1,6%) и увеличение рождаемости. Одной из приоритетных задач является снижение смертности от туберкулеза (за 2017 год снижение, по сравнению с 2016-м, составило 21,2%).

новости

Внедрение в краевых учреждениях современных методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы позволило снизить смертность от инфаркта миокарда. Увеличились объемы высокотехнологичной медицинской помощи жителям края. Реализованы федеральные субсидии, в том числе на проект по санитарной авиации. Также акцент был сделан на улучшение работы поликлиник.

Обсуждались планы ввода в эксплуатацию в 2018 году нового хирургического корпуса БСМП, Богучанской районной больницы, Перинатального центра в Норильске и нового корпуса Краевой клинической больницы.

Также в 2018 году будут запроектированы акушерский корпус с женской консультацией, терапией, дневным стационаром в Енисейске, родильный дом в Шарыпово, лечебно-диагностический корпус в с. Ирбейское, поликлиника в п. Емельяново, поликлиника в микрорайоне Покровский и поликлиника в Свердловском районе Красноярска.

2018 год является определяющим в подготовке края к проведению Универсиады, в том числе в части медицинского обеспечения. Обсуждались вопросы заработной платы работников здравоохранения, говорилось о кадровом обеспечении отрасли и необходимости наставничества в учреждениях. Был также представлен практический опыт работы ряда учреждений, участники обменялись мнениями и замечаниями, после чего были сообщены намечены ключевые направления работы медицинских организаций Красноярского края.

В своей речи и.о. министра Красноярского края Вадим Янин отметил: «Сегодня можно уверенно говорить о позитивных изменениях в плане показателей здоровья населения. Это свидетельствует об успешной реализации тех задач, которые были поставлены перед отраслью в 2017 году. Кроме того, отметим, что сегодняшнее отношение граждан к своему здоровью стало более ответственным».

По итогам коллегии подготовлен проект резолюции, после внесения дополнительных предложений она будет принята к работе.

КМКБСМП ПОСЕТИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ГОСТИ

В начале августа КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» посетили федеральные гости: Оксана Гусева – директор департамента по оказанию экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности МЗ РФ и Светлана Серегина – заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Представители прибыли в Красноярск на международный форум FISU-2018. Студенческий спорт: трамплин для инновационного лидерства». Гостей форума интересовала подготовка ко Всемирной универсиаде 2019 года. Главный врач рассказал о работе нового хирургического корпуса и проведении текущего ремонта в инфекционном корпусе. Увиденным гости остались довольны, оценили профессионализм медицинских работников. Особо отметили работу заведующего эпидемиологическим отделом Наумовича Валентина Романовича по соблюдению санитарно-эпидемиологических порядков.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЯ БСМП ПРИСТУПИЛИ К РАБОТЕ ПОСЛЕ МАСШТАБНОГО КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА



В ходе ремонтных работ была выполнена внутренняя отделка, заменены системы отопления, электроснабжения, отремонтирована вентиляция, система водоснабжения и водоотведения, произведен ремонт пожарной сигнализации, заменена вызывная палатная сигнализация, приобретена новая мебель.

«По воле случая я оказалась в гинекологическом отделении БСМП. Была приятно удивлена новым ремонтом! Все новое, чистое, современное! В таких условиях выздоравливать гораздо легче!» – высказала свое мнение одна из пациенток.

Ранее в больнице были отремонтированы отделения неврологии, кардиологии, анестезиологии-реанимации, функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение, продолжается реконструкция больницы в рамках подготовки к Универсиаде. Проводятся ремонты отделений: нейрохирургического, I и II травматологических, I и II хирургических.

новости

СПЕЦИАЛИСТ БСМП ПРИНЯЛА УЧАСТИЕ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

23 марта в Краевой клинической больнице состоялась региональная практическая конференция «Развитие технологии лечения инсульта в клиниках Красноярского края: поиск проблем и пути их решения» с участием специалистов из Красноярска, Сургута, Москвы и других городов.



В ходе мероприятия обсуждались ключевые аспекты области оказания помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями. Докладчики подняли такие темы, как: «Новые данные по месту тромбэкстракции в лечении пациентов с ишемическим инсультом», «Внутри-сосудистая тромбэкстракция при остром ишемическом инсульте», «Окклюзия открытого овального окна как метод профилактики ишемических инсультов» и т.д.

От БСМП в конференции принимала участие заведующая неврологическим отделением Мария Николаевна Позднякова. Она представила доклад «Тромбэкстракции при ишемическом инсульте в КМКБ скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича. Результаты работы за 3 месяца 2018 года. Разбор клинических случаев».

В НОВОСИБИРСКЕ СОСТОЯЛАСЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

30 и 31 марта в Новосибирске прошла научно-практическая конференция «Донорство и трансплантация органов в Сибирском и Дальневосточном округах: проблемы и перспективы». От БСМП в мероприятии приняли участие врачи ОРИТ№2 Наталья Георгиевна Потылицына и Александр Витальевич Торопов.

В ходе конференции производился обмен опытом в данной области, разрабатывались перспективы развития органного донорства, в том числе поиск путей снижения стоимости операций. Была проведена школа по процедуре установления смерти, установления смерти мозга и ведения таких пациентов для дальнейшего донорства. Особое внимание уделялось обучению специалистов тех больниц, где есть потенциальные доноры, однако персонал не имеет достаточных навыков и опыта работы в таких ситуациях.

Были представлены листы ожидания трансплантации таких органов, как сердце, почки, печень, легкие (Москва, Санкт-Петербург).

В Красноярске в программе трансплантации органов участвуют Краевая клиническая больница, КМКБСМП, ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России» и Красноярский федеральный кардиоцентр.

СПЕЦИАЛИСТЫ КМКБСМП ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В КРАЕВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФОРУМЕ



Организаторами форума стали министерство здравоохранения Красноярского края, стоматологическая ассоциация России, Ассоциация российских промышленных предприятий стоматологии (РоСИ), Ассоциация стоматологов Красноярского края, Институт стоматологии Красноярского государственного медицинского университета, ВК «Красноярская ярмарка».

Стоматологический форум – это уникальная возможность для специалистов в области стоматологии обсудить последние достижения, провести презентации своей продукции, установить деловые контакты, повысить профессиональный уровень.

На мероприятии были представлены три доклада в секции «Лучший клинический случай»:

– «Редкий клинический случай лечения номы лица» (Казанцев М.).

– «Клинический случай лечения контрактуры нижней челюсти, связанной с аномальным строением венечных отростков нижней челюсти» (Тейчунов А.,

новости

Черниковский В., Дерновой А., Пыкин Е.).

– «Клинический случай одномоментного восстановления дефекта верхней губы справа и угла рта после укуса собаки» (Крючков А.).

ВРАЧ КМКБСМП ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В XI ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ

Мероприятие, в котором участвовало более 1000 делегатов проходило в Санкт-Петербурге. Была представлена вся научная травматологическая общественность.



От БСМП на съезде выступил травматолог-ортопед Константин Тутынин с докладами по современному хирургическому лечению тяжелых переломов таза и по переломам проксимального отдела бедренной кости.

В ходе дискуссии были сверены часы по современным тенденциям в травматологии и ортопедии. Наша больница по праву имеет статус травмоцентра I-го уровня. В БСМП внедрены все актуальные на данный момент медицинские технологии.

ЧЕСТВОВАНИЕ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Сотрудники КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» совместно с профсоюзным комитетом чествовали ветеранов Великой Отечественной войны, много лет являвшихся сотрудниками нашей больницы:



Лукьяненко Марию Ефимовну (1925 г.р.) – участника ВОВ, служившую связистом-телефонистом в 1943-1945 годах в зенитно-артиллерийской дивизии,

в/ч 53736 (308), 3-й ударной Армии. Калининский фронт (Ржев, Великие Луки, Невель и другие). *Стаж работы в больнице медсестрой I инфекционного отделения – 10 лет.*

Награды: орден Великой Отечественной войны I степени, медаль «За Победу над Германией», медаль «За отвагу», медали 20 лет, 25 лет, 30 лет, 40 лет Победы, медали юбилейные 50 лет, 60 лет, 70 лет Вооруженным Силам, Медаль Жукова, Знак «Фронтовик», медаль «Ветеран труда».



Свищеву Валентину Григорьевну (1929 г.р.) – работница тыла с 1943 по 1946 год на военном предприятии. *Стаж в больнице санитаркой кардиологического отделения – 12 лет.*

Награды: медаль «50 лет Победы».



Дробеткову Марию Григорьевну (1932 г.р.) – работница тыла с 1942 по 1945 год в колхозе.

Стаж работы в больнице лифтером в отделе главного механика и энергетической службы – 12 лет.

Награды: медаль «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», медаль «60 лет Великой Отечественной войне».

Мельникову Лилию Николаевну (1926 г.р.) – работница тыла.

Стаж в больнице бухгалтером – 7 лет.

Награды: медаль «За Победу 1941-1945 гг.», медали 40 лет, 50 лет Победы.

**С праздником, дорогие ветераны!
Спасибо вам! Счастья, здоровья, радости!**

— актуальное интервью —

45 ЛЕТ ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА — СПАСАТЬ ЖИЗНЬ



А.В. Подкорытов
Заместитель председателя
Правительства Красноярского
края

В этом году исполнилось 45 лет БСМП. Что Вы можете сказать об этом учреждении?

Больница скорой медицинской помощи — одно из ключевых медицинских учреждений города и края, крупный многопрофильный стационар. БСМП — «народная больница», в сложной ситуации сюда может попасть каждый житель города, вне зависимости от социального положения и статуса. Более 85% — госпитализация по экстренным показаниям, за сутки в больницу обращается до 250 человек. В таком напряженном режиме могут работать только высококвалифицированные специалисты.

Персонал больницы постоянно осваивает новые технологии и методы лечения. Для крупного стационара это один из основополагающих и верных принципов, которым в БСМП руководствуются с момента основания на протяжении всех 45 лет. Больше половины врачей — это врачи с высшей квалификационной категорией; работают кандидаты, доктора медицинских наук, заслуженные врачи и заслуженные работники здравоохранения РФ, отличники здравоохранения. Один из 10-ти ныне действующих сосудистых центров края был открыт в 2011 году на базе БСМП. Для горожан левобережья с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом удалось приблизить специализированную медицинскую помощь.

В структуре центра отделения кардиологии, неврологии, сосудистой хирургии, нейрохирургии, применяются рентгенхирургические методы диагностики и лечения, отделения нейрореанимации и кардиореанимации. За 7 лет в центре спасены тысячи жизней.

Удалось добиться положительной тенденции снижения смертности от посттравматических заболеваний благодаря работе травмоцентра, который был организован в больнице в рамках исполнения федеральной программы по снижению смертности в ДТП. Служба рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ежегодно расширяет не только количество чрескожных инвазивных вмешательств, но и спектр применения соответствующих технологий; этому способствуют месяц назад введенные в эксплуатацию в новом хирургическом корпусе две приобретенные ангиографические установки. Здесь же заработал новый компьютерный томограф. Рассказывать о технологиях и достижениях БСМП можно много и долго — это уникальное учреждение.

В этом году ко Дню медицинского работника Вы приняли участие в торжественном открытии нового хирургического корпуса БСМП. Скажите, удалось ли построить в больнице то, что хотели медики?

Да, в рамках подготовки к Универсиаде за 2 года проведена реконструкция КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» — построен новый хирургический корпус. Строительство осуществлялось за счет краевого и федерального бюджетов, на возведение корпуса были выделены 2,2 млрд рублей.

актуальное интервью

Благодаря открывшемуся новому хирургическому корпусу в больнице значительно изменится работа. Станет возможным одновременное проведение операций в 15 современных операционных. Ключевым положительным моментом является сокращение времени с момента поступления пациента и его направления на операцию. Количество операций вырастет до 15 тысяч в год, ранее в БСМП проводили 13 тысяч. Самое главное – новый корпус позволит специалистам выполнять больше операций как плановых, так и высокотехнологичных по профилям кардиология, хирургия, травматология, нейрохирургия, гинекология.

Наследием Универсиады для учреждения станет преобразование больницы в крупнейший в Сибирском федеральном округе медицинский центр, оснащенный по последнему слову техники, обеспечивающий возможность предоставления высококвалифицированной медицинской помощи, в первую очередь экстренной.

Новый хирургический корпус оснащен современным оборудованием. Что немаловажно, созданы комфортные условия для работы специалистов и пребывания пациентов.

Алексей Викторович, Вы упомянули про Универсиаду. Больница задействована в мероприятиях по обеспечению проведения Универсиады?

КМКБСМП им. Н.С. Карповича определена как клиническая база для обеспечения медицинской помощью участников и гостей Всемирной зимней Универсиады 2019 года. Комплексный план поэтапного ремонта, оснащения, благоустройства территории, обучения персонала основам английского языка активно реализуется.

Мы уделили значительное внимание больнице. Так, из краевого бюджета на капитальный ремонт и оснащение больницы выделено 300 млн руб. Сейчас капитальный ремонт проводится в 5 отделениях больницы и в инфекционном корпусе. В то же время больница не закрыта, медицинская помощь оказывается в полном объеме. После капитального ремонта отделения будут оснащены новой мебелью. Также дооснащается медицинским оборудованием и мебелью новый хирургический корпус.

Участие больницы в медицинском обеспечении Универсиады – это серьезный шаг к дальнейшему развитию больницы. Наследием Универсиады для учреждения станет преобразование больницы в крупнейший в Сибирском федеральном округе медицинский центр, оснащенный по последнему слову техники, обеспечивающий возможность предоставления высококвалифицированной медицинской помощи, в первую очередь экстренной. Все это сделано в первую очередь для повышения качества оказания медицинской помощи жителям города и края.

Алексей Викторович, что бы Вам хотелось пожелать персоналу больницы в связи с юбилеем?

Я желаю персоналу больницы крепкого здоровья, благодарных и уважающих ваш труд пациентов. Совместными усилиями будем продолжать развитие больницы, повышать качество оказания медицинской помощи.

— наука и практика —

ОПЫТ РАБОТЫ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОНМК



А.Б. Коган

АВТОРЫ

А.Б. Коган¹, М.А. Любченко^{1,2}

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Сосудистый центр БСМП создан в декабре 2011 года на базе двух отделений: неврологии и кардиологии, в каждом из которых имелись палаты реанимации и интенсивной терапии (по 6 коек).

В 2012 году открылся кабинет рентгенхирургических методов лечения.

В 2015-м в структуре БСМП и ПСЦ открылись ОРИТ №2 (нейрореанимация на 12 коек) и ОРИТ №3 (кардиореанимация на 12 коек), кабинет РХМДЛ реорганизован в отделение РХМДЛ с круглосуточным режимом работы.

Руководитель ПСЦ – заместитель главного врача по медицинской части.

КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С.КАРПОВИЧА» Структура Сосудистого центра (2012 г.)



Оказываем медицинскую помощь жителям Красноярска, расположенных рядом Емельяновского, Сухобузимского (два прикрепленных по ОНМК района) и при необходимости всех других районов Красноярского края, а также жителям РФ, ближнего и дальнего зарубежья.

науча и практика

**КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С.КАРПОВИЧА»
Структура Сосудистого центра (с 2015 г.)**



Новые технологии в лечении пациентов с ОНМК

Тромбоэкстракции при ишемическом инсульте. Все больные с ишемическим инсультом рассматриваются как пациенты с вероятной необходимостью проведения тромбоэкстракции.

На 2018 год запланировано:

Тромболизисов – 5% от количества ишемических инсультов (примерно 45 чел.); тромбоэкстракций – 80.

Доля госпитализаций из прикрепленных районов – 5-7%.

Укомплектованность кадрами:

врачами-неврологами – 74%;

врачами-реаниматологами – 58%

медсестрами н.о. – 86 %;

медсестрами ОРИТ – 80%.

В 2018 году введена должность заместителя главного врача по анестезиологии-реанимации. Это должно позволить улучшить медицинскую помощь больным, находящимся в критическом состоянии.

После ввода в эксплуатацию нового корпуса планируется расширение площади неврологического отделения: три палаты т.н. ПиТ на 6-9 коек.

Проводится и планируется повышение квалификации сотрудников:

- участие на циклах тематических усовершенствований КрасГМУ: все специалисты по графику своих специальностей и врачи анесте-

Целевые показатели МЗ КК

Летальность	2017-2018	БСМП I квартал
Ишемический инсульт	14%	12,6
Геморрагический инсульт	40%	37,8

науча и практика

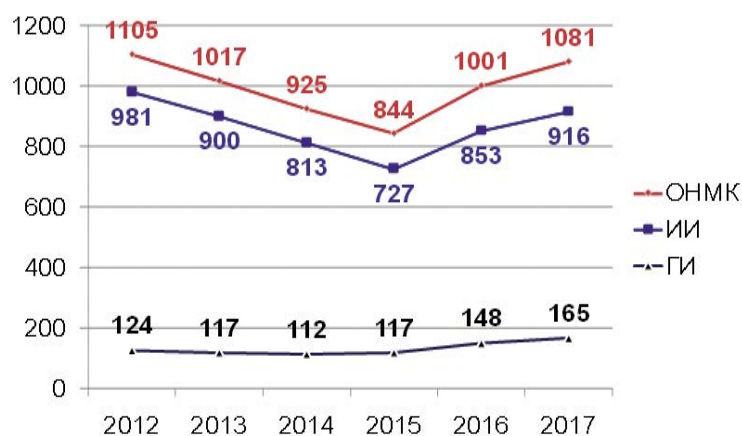
Динамика обращений в БСМП



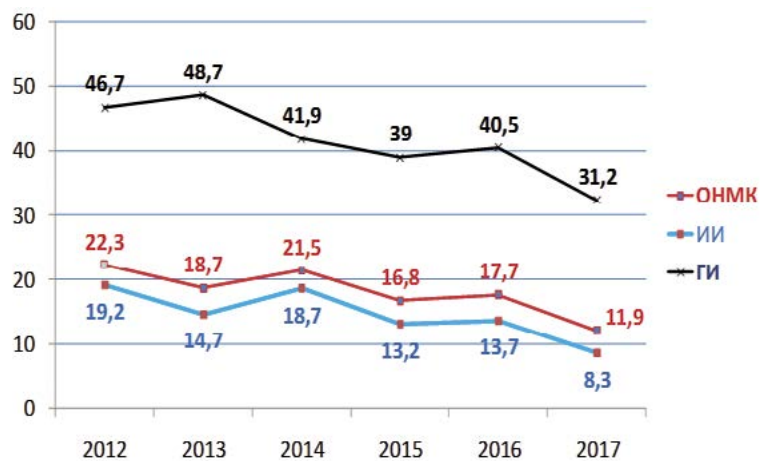
всего ---

госпитализировано ---

ОНМК. Количество



ОНМК. Летальность (%)



науча и практика

зиологи-реаниматологи дополнительно на цикле неврологии;

• зарубежная стажировка мультидисциплинарной бригады (невролог, анестезиолог-реаниматолог, врач рентген-хирург, врач КТ) – эндоваскулярное лечение при остром ишемическом инсульте.

Проведение мастер-классов, выездное обучение мультидисциплинарной бригады (невролог, анестезиолог-реаниматолог, логопед, врач ЛФК, медицинский психолог): г. Екатеринбург, Клиника института мозга, «Компетенция членов реабилитационной команды в процессе ранней и реанимационной реабилитации больных с острой церебральной недостаточностью» (февраль 2018 г.). Обучение на рабочем месте в РСЦ.

- Участие в Краевых конференциях с результатами работы ПСЦ.
- Выступление на конференциях разного уровня.
- Выступление в СМИ.

После ввода в эксплуатацию нового приемно-диагностического корпуса с операционными и отделениями реанимации планируется изменение подходов к организации медицинской помощи для больных с ОНМК.

Для пациентов будет обеспечено:

- Повышение доступности медицинской помощи.
- Своевременность выполнения всех необходимых диагностических исследований и лечебных мероприятий.
- Повышение уровня качества медицинской помощи.
- Улучшение условий пребывания в ОРИТ.

Для медицинского персонала:

- выполнение утвержденных МЗ РФ и МЗ КК Порядков оказания медицинской помощи;
- минимизация времени на установку диагноза и принятия решения для немедленного оказания необходимых лечебных мероприятий;
- выполнение целевых показателей летальности;
- обеспечение преемственности работы всех специалистов приемного отделения и смежных отделений и служб;
- комфортные условия для работы;
- соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии;
- мотивация для качественной работы.

НОВОЕ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ (корпус):
экстренная помощь



— наука и практика —

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА



В.И. Брюханов
заслуженный врач РФ

АВТОРЫ

**В.И. Брюханов,
О.А. Гендин**

КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

В КМКБСМП впервые артроскопическое вмешательство на коленном суставе было проведено ноябре 1994 года. Первые артроскопические исследования сопровождались множеством проблем организационного характера. Не было операционной, постоянно менялся персонал, отсутствовала методика проведения анестезии, ощущалась недостаточность технического оснащения, отмечалось недопонимание и недооценка важности и перспективности метода со стороны коллег-травматологов. За 4 года (1994-1998) все эти трудности были устранены. Укомплектована бригада (травматологи, анестезиолог, специально подготовленный средний медперсонал, полная укомплектованность оборудованием и расходными материалами). Это позволило уменьшить продолжительность проведения оперативного вмешательства в среднем в 4-5 раз.

За 20 лет проведено около 15 000 артроскопических операций на коленном суставе.

Введение

Повреждение капсульно-связочного аппарата коленного сустава встречается часто вследствие того, что коленный сустав является самым большим суставом человека, это опорный сустав, испытывающий значительные функциональные, порой запредельные нагрузки.

— наука и практика —

Кроме того, сустав имеет сложную конфигурацию, и движения в нем происходят в трех перпендикулярных областях.

Повреждению коленного сустава подвержены в большей степени лица молодого возраста, активно занимающиеся физкультурой и спортом. Люди пожилые на фоне хронических заболеваний сустава (ДОО) после незначительных травм получают внутрисуставные повреждения и оперируются с явлениями блокады сустава.

Артроскопия позволяет с 95-100%-ной точностью диагностировать внутрисуставную патологию коленного сустава, в то время как традиционные методы и специальные обследования имеют лишь 56-72% точности диагностики. В настоящее время только артроскопия позволяет визуализировать взаимодействие внутрисуставных структур коленного сустава, не нарушая их целостности и атравматично воздействовать на них.

Показания к артроскопии коленного сустава

Показаниями для диагностической и при необходимости оперативной артроскопии являются любые острые и хронические травмы и заболевания коленного сустава. Окончательное решение для оперативного лечения принимает лечащий врач на основании клинических данных.

Противопоказания к артроскопии коленного сустава

Абсолютным противопоказанием для артроскопии коленного сустава является костный анкилоз и фиброзный анкилоз с объемом движения в суставе менее 150, обширные открытые травмы и разможевание коленного сустава.

Относительные противопоказания – гнойничковые воспаления и инфицированные раны в области артроскопических входов в коленный сустав.

Операции выполняем по стандартной методике, не используя дополнительные доступы. Операции проводятся в большинстве случаев под внутривенной общей анестезией, которая дает ряд преимуществ перед местной, проводниковой и перидуральной анестезией.

А именно:

- *тратится мало времени на обезболивание (10 мин.);*
- *мышцы нижней конечности расслаблены, что позволяет хорошо открыть суставную щель;*
- *выход из наркоза происходит уже в операционной;*
- *послеоперационная боль в суставе умеренной интенсивности дисциплинирует пациента от излишней активности в первые сутки после операции.*

Как результат, практически не бывает послеоперационного гемартроза.

Инструментарий фирм «Карл-Шторц», «Акуфлекс», «Страйкер», «Де-Пью».

Структура травм различная (таблица №1). Все операции выполнены под в/венной общей анестезией.

Таблица 1

Структура повреждений и заболеваний коленного сустава

Вид повреждения/заболевания	Кол-во
Повреждение внутреннего мениска	4800
Повреждение наружного мениска	1600
Повреждение обоих менисков	935
Повреждение внутреннего мениска, ПКС и внутренней боковой связки («несчастная триада»)	601
Повреждение внутреннего мениска и ПКС	2800
Повреждение наружного мениска и ПКС	754
Повреждение наружного мениска, ПКС и внутренней боковой связки	348
Повреждение обоих менисков и ПКС	327
Изолированный разрыв ПКС	251
Отрыв ПКС от большеберцовой кости с костным фрагментом	11
Повреждение внутренней боковой связки и частичный разрыв ПКС	9
Вывих надколенника	110
Остеохондральный перелом надколенника	4757
Остеохондральный перелом наружного мыщелка бедра	757
Остеохондральный перелом внутреннего мыщелка бедра	630
Разрыв медиальной синовиальной складки	485

1. Шов мениска проводится по строгим показаниям: молодой возраст, паракапсулярное повреждение в красной зоне, отсутствие грубых изменений хрящевой ткани.

2. При восстановлении передней крестообразной связки при нестабильности коленного сустава до 2012 года (197 пациентов) использовали трансплант из собственной связки надколенника с двумя костными блоками и внутриканальной фиксацией винтами.

С 2013 года используем синтетические связки с внутриканальной фиксацией винтами.

Прооперировано 230 пациентов.

Таблица 1

Артроскопические операции

Вид операции	Кол-во
Парциальная медиальная менискэктомия	4800
Парциальная латеральная менискэктомия	1600
Шов медиального мениска	237
Шов латерального мениска	218
Эндоскопическая реконструкция ПКС	427
Фиксация ПКС с костным фрагментом к б/берцовой кости	11
Резекция культи ПКС	2115
Латеральный релиз надколенника	110
Шов медиальной поддерживающей связки надколенника	11
Удаление внутрисуставного тела	211
Резекция синовиальной складки	94

Основные преимущества:

- быстрое восстановление,
- менее инвазивная хирургия,
- минимальный объем операции,
- минимальный риск остеоартроза в будущем,
- нет необходимости использования своих тканей,
- отсутствует риск развития мышечной атрофии,
- полное восстановление биомеханики сустава,
- минимальный период реабилитации (нахождение в стационаре 2 дня, возвращение в спорт – 8-12 недель).

3. Латеральный релиз надколенника проводился по общепринятой методике. Место прикрепления собственной связки надколенника не меняли. Рецидивов выявлено не было.

4. Резекция синовиальной складки (шелф-синдром). Ни в одном случае данная патология не была диагностирована по данным МРТ и УЗИ.

В большинстве случаев дополнительных средств опоры после операции не требуется.

С 1-го дня после операции назначается гимнастика для восстановления мышц. В последующем восстановление мышечного корсета конечности рекомендуем проводить в центрах реабилитации (Центр Бубновского, физкультурный диспансер и др.).

Отдаленные результаты

Полностью объем движений и трудоспособность (для лиц физического труда и спортсменов) – через 30 дней. Пациенты умственного труда через 5-6 дней приступают к работе. Спортсмены-разрядники, мастера спорта начинают выступать на соревнованиях через 2-3 месяца.

Выводы:

1. При лечении травм и заболеваний коленного сустава метод артроскопической хирургии является методом выбора.
2. Оптимальная анестезия при проведении артроскопических операций – общий внутривенный наркоз.
3. При повреждениях капсульно-связочного аппарата коленного сустава степень соответствия предоперационного диагноза и данных МРТ, отраженных в заключениях специалистов лучевой диагностики, низкая в отношении латерального мениска, состояния покровного хряща и синовиальных складок, средняя – в отношении медиального мениска, высокая (до 70%) в отношении передней крестообразной связки.

Данные УЗИ в отношении внутрисуставных структур – менисков крестообразных связок и гиалинового хряща не соответствует окончательному диагнозу, при этом адекватно оцениваются коллатеральные и пателло-фemorальные связки.

ЕЩЕ РАЗ О ПРОБЛЕМАХ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Н.А. Роговцова

АВТОРЫ

**Н.А. Роговцова, А.В. Уколов,
Т.Л. Коренева, Т.Т. Ширко**
КТБВЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

Тема осложнений и их профилактики при проведении транспапиллярных вмешательств, в частности проведения РХПГ (ретроградной холангиопанкреатографии) и ЭПСТ (эндоскопической папиллосфинктеротомии), по-прежнему, актуальна и дискуссионна. Непрерывно ведется поиск новых лекарственных средств и их комбинаций для профилактики еще на этапе, когда только пациенту запланировано данное вмешательство, проводится тщательный отбор пациентов, которым выполнение таких вмешательств необходимо в первую очередь, внедряются в практику различные новые методы выполнения самих вмешательств и т.д. Однако, несмотря на многочисленные обзоры в литературе, разборы клинических случаев, в разных клиниках существуют свои подходы и свои нюансы, касающиеся проведения таких вмешательств и их профилактики.

В целом, как уже было сказано, существуют три направления в отношении профилактики возможных осложнений при проведении вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС):

- 1) тщательный отбор пациентов, которым предстоит выполнить вмешательство;
- 2) профилактика на этапе выбора типа транспапиллярного вмешательства и решения вопроса о необходимости его проведения;
- 3) медикаментозная пред- послеоперационная профилактика [1].

В данной статье мы кратко остановимся на первых двух направлениях профилактики, поскольку, по мнению большинства авторов литературных источников, а также на основании опыта нашего отделения, они являются ключевыми направлениями, во многом определяющими благоприятный исход проводимых вмешательств.

Процент возникающих осложнений при проведении транспапиллярных вмешательств в разных клиниках варьируется. По-прежнему первое место в ряду таких осложнений занимают реактивные панкреатиты, кровотечения и холангиты. По данным нашей клиники, процент возникновения наиболее часто возникающего осложнения, в частности реактивного панкреатита, находится в пределах 14%. Казалось бы, это значение является небольшим, поскольку процент возникновения таких панкреатитов, по данным литературы, колеблется в пределах от 1 до 40% [2], однако даже такой небольшой процент постоянно находится практически на одном уровне. С чем это связано? Прежде всего со степенью тяжести пациентов, находящихся на лечении в нашей больнице, с наличием у большинства из них тяжелой сопутствующей патологии, отсутствием в арсенале клиники такого современного метода диагностики патологии панкреатобилиарной системы, как ЭУС-диагностики (эндоскопической ультрасонографии), а также отсутствию в достаточном количестве билиарных стентов различной конфигурации и назначения.

— наука и практика —

Думаю, что далеко не каждая клиника может похвастаться наличием ЭУС-диагностики в ее арсенале, что, конечно же, связано не только с тем, что сама аппаратура очень дорогостоящая, а также и с тем, что уровень врача, владеющего данным методом диагностики, должен быть на достаточно высоком уровне, прежде чем данный метод будет широко внедрен в практику. Тем не менее, учитывая тяжесть пациентов и сложность клинических случаев, с которыми приходится сталкиваться, небольшой процент возникающих осложнений – это результат успешной работы эндоскопистов нашей клиники.

Итак, что касается отбора пациентов и кому такие вмешательства нужно проводить в первую очередь:

1. Прежде всего это категория пациентов, которым проведение таких вмешательств необходимо в экстренном порядке, в частности это пациенты с ущемленными конкрементами в устье БДС, а также пациенты с высоким и нарастающим уровнем билирубинемии при отсутствии, конечно, подтвержденного вирусного гепатита (однако бывает и сочетание патологий). Здесь же стоит отметить следующее: при отсутствии нарастания билирубинемии в течение первых дней с момента поступления пациента в стационар, несмотря на достаточно высокий уровень имеющейся билирубинемии, а также при отсутствии эпизодов высокой температуры у пациента, отсутствии выраженного болевого приступа, отсутствии, по данным дополнительных методов диагностики, холедохолитиаза как причины имеющейся клинической картины – таких пациентов не следует подвергать проведению транспапиллярных вмешательств, так сказать, «влет», поскольку имеющаяся билирубинемия и умеренный болевой синдром могут быть причиной сдавления дистального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы вследствие наличия острого панкреатита. Такая билирубинемия успешно купируется на фоне проведения медикаментозной терапии и не требует проведения транспапиллярных вмешательств. Спорным вопросом остается необходимость выполнения ЭПСТ в случае эпизода желтухи на фоне имеющегося болевого приступа, но когда впоследствии билирубинемия купировалась самостоятельно и, по данным УЗИ, размеры холедоха также находятся в пределах физиологической нормы. Все вышеперечисленное указывает на случаи миграции конкремента по холедоху и самостоятельное отхождение конкремента. Думаем, что тяжесть осложнений, возникающих на фоне проведения транспапиллярных вмешательств, а также последствий таких вмешательств, в частности стойкой дисфункции сфинктерного аппарата в зоне нахождения рассеченного БДС, возможного возникновения стриктур после проведения напрасных рассечений должно быть принято во внимание и учтено при принятии решения хирургом о проведении такому пациенту РХПГ с последующей ЭПСТ.

В данном случае выражение «лучшая операция – это та, которую удалось избежать» приобретает особую актуальность.

2. Пациенты с наличием резидуальных конкрементов в холедохе, с наличием холецистэктомии в анамнезе.

3. Пациенты с наличием подтвержденного диагноза «холедохолитиаз» при помощи любых иных методов диагностики, за исключением РХПГ, когда диаметр конкремента не превышает 1-1,3 см.

4. Пациенты, у которых отмечается расхождение диагнозов по данным различных методов диагностики.

В отношении последней группы пациентов необходимо отметить, что большая часть осложнений случается именно в данной группе пациентов, когда проведение контрастирования протоков и выполнение сфинктеротомии нередко только усугубляет состояние пациента, однако риск выполнения таких вмешательств в данном случае продиктован необходимостью окончательной постановки диагноза и достоверного исключения патологии панкреатобилиарной системы.

Как мы видим из вышесказанного, тема отбора пациентов очень тесно переплетается с проблемой необходимости проведения транспапиллярных вмешательств. Однако если все же решение о проведении вмешательства принято и обсуждению не подлежит, то перед эндоскопистом встает проблема выбора вида вмешательства в том или ином случае, необходимости или возможности воздержаться от контрастирования протоковой системы. В настоящее время выполнение РХПГ во многих клиниках по-прежнему является рутинным методом диагностики патологии панкреатобилиарной системы, что связано с недостаточным наличием других методов диагностики в арсенале клиник, о чем уже упоминалось ранее. Однако поскольку процент осложнений, возникающих после проведения такого метода диагностики, чрезвычайно велик, то большое количество проводимых контрастирований протоковой системы совершенно неоправдано. Возникающая внутрипротоковая гипертензия при введении контрастного вещества, травматизация сфинктера Одди при проведении РХПГ и, как следствие, возникновение отека в системе внутрипеченочных протоков является причиной возникновения тяжелых реактивных панкреатитов, инфекционных осложнений (холангитов) после таких вмешательств. Как правило, проведенное контрастирование протоковой системы должно сопровождаться выполнением последующей ЭПСТ с целью обеспечения адекватного дренирования протоковой системы и профилактики длительного нахождения контрастного вещества в протоковой системе. Однако выполнение рассечения сфинктерного аппарата иногда только усугубляет ситуацию,

— наука и практика —

увеличивая выраженность отека и обеспечивая возникновение стойкого спазма гладких мышц со стороны внутрипеченочных протоков. Достижение хорошего дренирования после выполненной ЭПСТ достигается не всегда, особенно когда имеются протяженные стриктуры дистального отдела холедоха. В случае наличия таких стриктур считается, что установка стента в просвет холедоха может обеспечить адекватный дренаж, однако такая манипуляция также иногда затруднена по тем или иным причинам. Поэтому в последнее время мы стараемся минимизировать количество проводимых РХПГ и выполнять их в крайнем случае.

В процессе же проведения самого вмешательства также необходимо учитывать следующие факторы риска, которые могут быть причиной возникновения осложнений и которых следует избегать при проведении транспапиллярных вмешательств:

1) необходимо избегать множественной канюляции, по данным зарубежной литературы, более 10 попыток канюляции папиллы является одним из таких факторов риска возникновения реактивного панкреатита [3]. Можно ориентироваться и на длительность канюляции. Как правило, затруднение канюляции БДС в течение 15 минут является сигналом для принятия решения в пользу проведения атипичной ЭПСТ;

2) необходимо избегать неоднократной канюляции вирусного протока или контрастирования вирусного протока в случае проведения РХПГ. В случае же введения контраста необходима аспирация контраста из протоковой системы;

3) следует избегать выполнения предрассечения папиллы и «заваривания» вследствие этого устья вирусного протока или излишней его травматизации. При проведении же такого рассечения начало разреза начинать не от устья папиллы, а выше него, ориентируясь на расположение продольной складки;

4) по возможности и при необходимости в случае наличия трудной канюляции заканчивать вмешательство установкой панкреатических стентов для минимизации тяжести реактивного панкреатита, частота возникновения которого при выполнении таких сложных канюляций чрезвычайно высока;

5) выполнение баллонной дилатации БДС также сопряжено с высоким риском возникновения реактивного панкреатита, поэтому широкое внедрение ее в практику ограничено и выполняется как альтернатива невозможности проведения ЭПСТ.

В заключение необходимо отметить, что всегда нужно помнить о том, что даже в случае высокого профессионализма эндоскописта, выполняющего

транспапиллярное вмешательство, соблюдения всех рекомендаций и алгоритма действий эндоскописта в той или иной ситуации, принятых на международном уровне, от возникновения осложнений, вследствие таких вмешательств, никто не застрахован. Однако когда имеется согласованность действий врача-эндоскописта со смежными специалистами, правильный подход в плане отбора пациентов для проведения таких вмешательств, когда на этапе диагностики и постановки диагноза удается избежать проведения более технически сложных и небезопасных методов диагностики, таких как РХПГ, тогда и процент и тяжесть имеющихся осложнений на фоне проводимых транспапиллярных вмешательств будут сведены к своему, возможно, допустимому минимуму с учетом профиля клиники.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Pier Alberto Testoni . Preventing post-ERCP pancreatitis: where are we?
[Internet]. Available from: <http://www.joplink.net/prev/200301/11.html>
2. Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большем дуоденальном сосочке
/М.П. Манцеров, Е.В. Мороз/
Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии.- 2007.- №3
[Internet]. Available from http://www.gastro-j.ru/files/s2_1297619598.pdf
3. Testoni PA, Mariani A, Giussani A, Vailati C, Masci E, Macarri G, Ghezzi L, Familiari L, Giardullo N, Mutignani M, Lombardi G, Talamini G, Spadaccini A, Briglia R, Piazzi L;
Risk factors for post-ERCP pancreatitis in high- and low-volume centers and among expert and non-expert operators: a prospective multicenter study.
[Internet] from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20372116>

— наука и практика —

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)



С.В. Липнягова

АВТОРЫ

**С.В. Липнягова, С.В. Левицкий,
Г.С. Маслов, П.А. Останин**

*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

Рост мобильности населения во всем мире определяет не только быстрое и часто эпидемическое распространение инфекционных патогенов, но и завоз инфекционных болезней, не типичных для данной территории. В Российской Федерации лихорадка Денге (ЛД) относится к завозным инфекциям, для которых отсутствуют условия, необходимые поддержанию эпидемического процесса. Согласно данным ВОЗ, более 40% населения Земли подвергаются риску заболевания Денге. По оценке экспертов ВОЗ, ежегодно может происходить 50-100 миллионов новых случаев инфицирования вирусом Денге. До 1970 года эпидемии тяжелой Денге происходили лишь в 9 странах. В настоящее время болезнь является эндемической более чем в 100 странах Африки, Америки, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана. Смертность от этой инфекции составляет 2,5% [1].

Лихорадка Денге – эндемическая болезнь зоны тропиков и субтропиков. Встречается в Юго-Восточной Азии, Южной части Тихоокеанского региона, Африке, Карибском регионе, Мексике, на юге США. Возбудитель относится к семейству тогавирусов, роду флавовирусов. В естественных условиях заражаются прежде всего люди и комары, которые являются переносчиками болезни. Во время вспышек число случаев клинически выраженного заболевания может быть очень большим.

При появлении клинических симптомов предположительно три варианта течения заболева-

— наука и практика —

ния: классическая лихорадка Денге (лихорадка, ломающая кости), геморрагическая лихорадка и мягкая атипическая форма. Инкубационный период – от 5 до 8 дней. При классическом варианте продромальный период характеризуется умеренным конъюнктивитом или насморком, затем, спустя несколько часов, внезапно начинаются сильная разламывающая головная боль, ретро-орбитальные и суставные боли. У большинства пациентов возникает боль в глазах, возможна легкая фотофобия. Для заключительной стадии болезни типичны ознобы. У 25% больных возникает транзиторный ринофарингит. Кашель не развивается, иногда возможно носовое кровотечение. Задние шейные, эпитрохлеарные и паховые лимфатические узлы увеличены, но безболезненны. У большей части больных на задней стенке мягкого неба наблюдается энантема в виде мелких везикул. На коже в области грудной клетки и внутренней поверхности плеча можно обнаружить сыпь, характер которой варьирует от диффузного покраснения до скарлатинозной и кореподобной. Экзантема впоследствии становится четко макулопапулезной, распространяющейся на туловище, а через 3-5 дней – и на периферические участки тела. Сыпь часто сопровождается зудом и вызывает шелушение. Через 2-3 дня от начала заболевания температура тела и общее состояние нормализуются. В типичных случаях ремиссия длится два дня, а затем лихорадка и другие симптомы возвращаются, хотя и в менее тяжелой форме, чем в первой фазе. Лихорадка обычно держится 5-6 дней. После выздоровления возможна длительная астения.

Атипичное, легкое течение заболевания проявляется лихорадкой, анорексией, головными болями, миалгией, быстро исчезающей сыпью. Лимфаденопатия отсутствует. Названные признаки проявляются в течение не более 72 часов.

В периферической крови – лейкопения, нейтропения. Иногда возникает умеренная альбуминурия.

Диагноз может быть установлен с помощью серологических тестов с использованием парных сывороток для тестов подавления геммаглютинации и фиксации комплемента. Специфическая серологическая диагностика осложняется перекрестными реакциями с антителами к другим флавовирусам, таким, например, как после иммунизации вакциной против желтой лихорадки.

Лечение симптоматическое. При отсутствии геморрагических осложнений или синдрома шока прогноз благоприятный [2,3].

Больной Ч., 26 лет, поступил в 3-е инфекционное отделение БСМП 15.12.17 г. с жалобами на сла-

бость, недомогание, высокую температуру до 39,5 градусов с ознобами, кашель, заложенность носа, першение в горле. Из анамнеза известно, что с 24.11 по 08.12 находился на отдыхе в Таиланде, укусов насекомых не отмечал. С 03.12 начали беспокоить слабость, недомогание, насморк, першение в горле, сухой кашель. Принимал кагоцел, стрепсилс – самочувствие не улучшалось. 06.12 обратился за медпомощью, рекомендовано: таб. ципрофлоксацин – 5 дней, парацетамол. Самочувствие улучшилось, продолжал беспокоить кашель с отхождением желтой мокроты. 14.12 вечером вновь слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39,5 с ознобами, принимал жаропонижающие – с кратковременным эффектом. 15.12 вызвал СМП, доставлен в ПП инкорпуса БСМП, осмотрен инфекционистом, проведена Rg ОГК, ППН – патологии не выявлено, госпитализирован в 3 инф. отделение с диагнозом «острая инфекция верхних дыхательных путей» (диф. диагностика с лихорадкой Денге). Назначена стандартная дезинтоксикационная, а/бактериальная – цефтриаксон, противовирусная – арпефлю, симптоматическая терапия. В ОАК умеренный лейкоцитоз 12,2 с п/я сдвигом до 12%, тромбоциты 167x 10⁹/л. Других изменений в анализах не отмечалось. В объективном статусе – лихорадка до 39 градусов, тахикардия до 110 в мин., гиперемия ротоглотки, сухой кашель. 19.12 на фоне высокой лихорадки присоединился дискомфорт в правой ягодице, пальпаторно – безболезненное объемное образование. Проведено УЗИ, выявлено объемное образование правой ягодицы (вероятнее всего, абсцедирующий инфильтрат). Под местной анестезией проведено вскрытие и дренирование инфильтрата, получено 5 мл гемолизированной крови. Через 30 мин. после операции развилось массивное кровотечение из послеоперационной раны, что потребовало ушивания раны и удаления дренажей, назначена гемостатическая терапия, местно – холод. В ОАК от 19.12 – резко выраженная тромбопения 14 x 10⁹/л при нормальной формуле крови и СОЭ. 19.12, спустя 5 часов после первого оперативного вмешательства, кровотечение продолжалось, в связи с чем проведена электрокоагуляция сосудов. Больному переливалась одноклассная плазма, тромбомаасса, эритроцел. Назначены ГКС парентерально коротким курсом, йодантипирин по схеме. По тяжести состояния больного переведен в ПРИТ инфекционного корпуса, где находился до 22.12.17 г. 20.12 температура тела нормализовалась, появилась обильная петехиальная сыпь по всей поверхности кожи. Признаков продолжающегося кровотечения не было. В ОАК от 22.12: лейкоциты 10,7, тромбоциты 94 x 10⁹/л, гемоглобин 95 г/л. МНО: 1.11. ПТИ: 82.00 %. Фибр: 2.16 г/л. ТВ: 31.10[>] сек. АЧТВ: 41.60[>] сек. АТ III: 120.0 %. РФМК: 4.0 мг/г.

— наука и практика —

Заключение: коагуляционный гемостаз смещен в сторону гипокоагуляции. IgE: 1534.00[>] Ед/мл. При проведенной ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов патологии выявлено не было. Посевы крови на стерильность, гемокультуру роста не дали.

Исследование крови на лихорадку Денге от 15.12 – отрицательно, от 20.12 – положительные IgM, что явилось подтверждением клинического диагноза. Состояние пациента на фоне лечения нормализовалось.

Общий (клинический) анализ крови развернутый (с лейкоформулой и СОЭ) от 27.12.2017; WBC: 12.9[>] 10^9 /л; RBC: 3.43[<] 10^{12} /л; HGB: 107.0[<] г/л; HCT: 30.5[<] %; MCV: 89.0 фл; MCH: 31.2 пг; ЦП: 0.94; MCHC: 350.0 г/л; RDW-CV: 14.30 %; PLT: 175 10^9 /л; PDW: 12.0 %; MPV: 8.7 фл; P-LCR: 19.40 %; PCT: 0.150%.

Подсчет лейкоцитарной формулы крови 12.9[>] 10^9 /л; Миел%: 4.0[>] %; Метамиел%: 1.0[>] %; П/Я%: 2.0 %; П/Я#: 0.3 10^9 /л; С/Я%: 45.0[<] %; С/Я#: 5.8[>] 10^9 /л; лим%: 33.0 %; лим #: 4.3[>] 10^9 /л; мон%: 6.0 %; мон #: 0.8[>] 10^9 /л; Эоз%: 6.0 %; Эоз.#: 0.8[>] 10^9 /л; Атип.мон%: 3.0[>] %; примеч.: Анизоцитоз эритроцитов +, Полихромазия эритроцитов +; Примеч.: Токсическая зернистость нейтрофилов+ СОЭ: 30[>] мм/час. 29.12.17. Пациент Ч. выписан с диагнозом: основной – «лихорадка Денге, степень тяжести – тяжелая», осложнение – вторичная тромбоцитопения;

диагноз сопутствующий – кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках. Описание диагноза: гематома правой ягодицы постынъекционная. Операция: вскрытие гематомы. Кровотечение из п/о раны, постгеморрагическая анемия, астма с преобладанием аллергического компонента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Денге и тяжелая денге // информационный бюллетень ВОЗ. – № 117. – Декабрь 2012 г. – Url: <http://www.Who.Int/mediacentre/factsheets/fs117/ru/index.html>
2. Лихорадка Денге//инфекционные болезни, национальное руководство// Главные редакторы акад. РАМН Н.Д. Юсупов акад. РАЕН Ю.Я. Венгеров.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология// учебник. – Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. – 2009. – 816 с.

— наука и практика —

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА»



Е.В. Чижикова

АВТОРЫ

**Е.В. Чижикова, Т.Б. Кайкова,
А.А. Цицкиева**

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Анемия – это патологическое состояние, характеризующееся уменьшением количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в единице объема крови. Падение уровня гемоглобина в большинстве случаев (но не всегда) сопровождается снижением количества эритроцитов. В соответствии с критериями ВОЗ, диагноз «анемия» правомочен при уровне гемоглобина в крови менее 120 г/л для женщин и 130 г/л для мужчин.

Диагностическими критериями анемии считаются:

- у мужчин – число эритроцитов менее $4,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин менее 130 г/л, гематокрит менее 39%;
- у женщин – число эритроцитов менее $3,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин менее 120 г/л, гематокрит менее 36%.

По уровню гемоглобина различают следующие степени анемии: легкая (119-90 г/л), средняя (89-70 г/л), тяжелая (менее 70 г/л). Существует несколько классификаций анемий, основанных на этиологических, патогенетических, гематологических признаках. Для практических целей наиболее удобной является классификация, построенная по патогенетическому принципу. Согласно ей, выделяют 3 основные группы.

Анемии вследствие кровопотери:

- острая постгеморрагическая анемия;
- хроническая постгеморрагическая анемия.

Анемии вследствие нарушенного кровообразования, обусловленные недостаточностью эритропоэза (дефицитные анемии):

- железодефицитные анемии;
- В12 и/или фолиеводефицитные анемии.

Анемии вследствие повышенного кроворазрушения (гемолитические).

Включают гемолитические анемии, вызванные различными факторами (иммунными, эритроцитопатии, эритроцитарные энзимопатии, гемоглобинопатии и др.)

Выполнение развернутого клинического анализа крови является необходимым первоочередным этапом, способствующим выявлению и установке формы анемии.

В результате анализа данных планового гематологического отдела КДЛ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» за 2017 год установлено, что анемию разной степени тяжести имеют 34% пациентов, проходивших лечение в стационаре.

В настоящее время гематологические исследования в клиничко-диагностической лаборатории КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» выполняются на

— наука и практика —

современных гематологических анализаторах, аналитические возможности и высокая точность которых позволяют быстро осуществить:

- а) *оценку состояния гемопоэза;*
- б) *диагностику и дифференциальную диагностику анемий;*
- в) *оценку эффективности проводимой терапии и др.*

Приборы используют небольшой объем крови и при этом проводят анализ большого числа клеток и оценку многих параметров одновременно.

В плановом гематологическом отделе КДЛ работают два анализатора.

Рис. 1

**Анализатор LH-500
производства Beckman Coulter (США)**



Прибор LH-500 позволяет проводить исследование крови по 26 параметрам, включая полную дифференцировку лейкоцитов. Для этого в анализаторах Beckman Coulter используется оригинальная VCS-технология, оценивающая каждую клетку по трем характеристикам:

- *сопротивлению в постоянном токе, характеризующему размер клетки (Volume);*
- *проводимости в переменном токе высокой частоты – характеризует объем и плотность клеточного ядра и внутренний состав клетки (Conductivity);*
- *рассеиванию лазерного света (Light Scatter) – характеризует структуру клеточной поверхности, гранулярность цитоплазмы и лобулярность ядра.*

VCS-технология позволяет проводить автоматический морфологический анализ клеток в нативном состоянии. Получаемые параметры клеточных популяций отображаются на экране прибора в виде цветной скатерограммы, которые используются при оценке всей совокупности полученных результатов. Помимо численных результатов имеются гистограммы распределения основных популяций клеток крови, комментарии, которые облегчают диагностику.

Рис. 2

Анализатор Dirui BF-6800 (Китай)

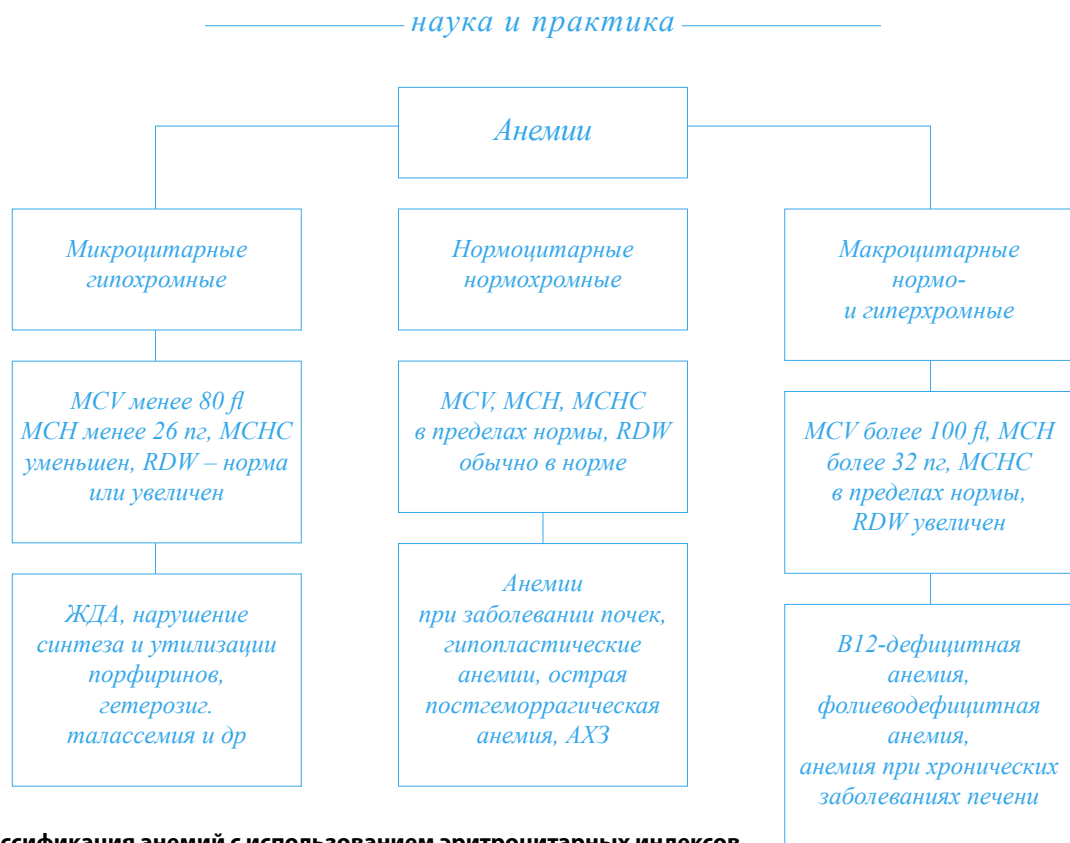


Анализатор Dirui BF-6800 определяет 24 основных параметра, также имеет графическое представление результатов в виде гистограмм и скатерограмм. Данный прибор фиксирует электрический импеданс при проведении тестирования на количество и распределение эритроцитов, лейкоцитов/базофилов и тромбоцитов. При анализе на концентрацию гемоглобина используется метод колориметрии, а для получения количества лейкоцитов и подсчета их отдельных популяций – проточная цитометрия. На основе полученных результатов высчитываются данные для других параметров.

Автоматизированный подсчет клеток крови на гематологических анализаторах обеспечивает врача стандартизованными показателями, не зависящими от индивидуальной интерпретации исполнителя анализа. С появлением системы qMS и использованием анализаторов был разработан формат бланка развернутого анализа крови с включением в него всех индексов красной крови, расширенного описания морфологии эритроцитов и тромбоцитов, характеристикой клеток лейкоцитарного ряда.

Остановимся подробнее на параметрах эритроцитов, используя которые лечащие врачи могут оценить степень и характер анемии. Основные из них:

- RBC – количество эритроцитов (*10¹²/л);*
- HCT – гематокрит;*
- MCV – средний объем эритроцита;*
- MCH – среднее содержание гемоглобина в эритроците;*
- MCHC – средняя концентрация гемоглобина в эритроците;*



RDW – показатель анизоцитоза эритроцитов;
NRBC – ядродержащие эритроциты (нормоциты).

Высокая точность и воспроизводимость результатов, возможность подсчета большого количества клеток и наличие расчетных параметров на анализаторах стали основой для приведенной ниже классификации анемий (предложенной М. Wintrobe) на основании эритроцитарных индексов.

Проанализировав результаты, полученные за 2017 год, установлено, что у 64% пациентов стационара анемии являются нормохромными нормоцитарными, 22,5% имеют микроцитарные гипохромные анемии и 13,5% – макроцитарные. Данные об этом представлены на диаграмме (рис. 4).

Микроцитарные гипохромные анемии, как правило, обусловлены недостаточностью эритропоэза, связанного с дефицитом железа, а также при выраженном хроническом воспалении. Макроцитарные анемии обусловлены дефицитом витамина В12 и/или фолиевой кислоты. Анемии с нормальными эритроцитарными индексами возникают при острой кровопотере после операций, травм и других несчастных случаев. К нормохромным можно отнести и анемию хронических заболеваний, сопровождающую ревматические, опухолевые, почечные и др. заболевания, анемию, возникающую при токсическом воздействии химических соединений, вирусов, лекарственных препаратов.

Рис. 4

Распределение основных типов анемий в стационаре КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» за 2017 г.



Преобладание нормохромных нормоцитарных анемий объясняется тем, что большинство отделений в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» – хирургического профиля, и здесь имеют место в основном постгеморрагические анемии. Многие пациенты терапевтических и инфекционных отделений имеют анемию ХЗ, которая по распространению занимает второе место (по литературным данным).

Таблица 1

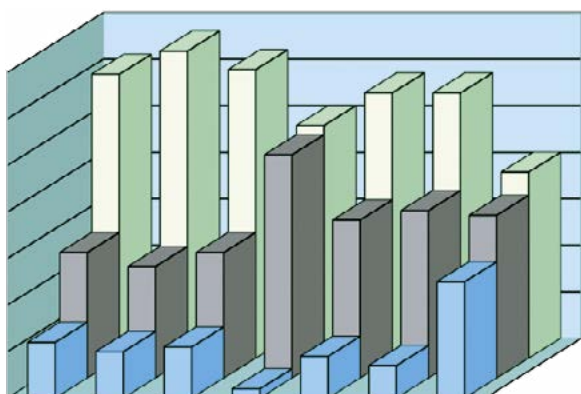
Распределение видов анемий в отделениях КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Анемия / Отд.	1 хир.	2 хир.	3 хир.	Гин.	Пулм.	Нефр.	ОБОО
нормо	61	66	62	50	57	57	40
микро	27	24	27	48	34	36	35
макро	12	10	11	2	9	7	25

Если провести анализ распределения анемий по некоторым отделениям (Табл. №1), то видно, что в хирургических отделениях показатели практически такие же, как по больнице в целом, – преобладание нормоцитарных нормохромных анемий (61-66%). В отделениях терапевтического профиля (в качестве примера взяты пульмонологическое и нефрологическое отделения) процент гипохромных микроцитарных анемий увеличивается до 30-35%, большинство из них представлены железодефицитными состояниями. При сопоставлении показателей у данных больных обнаруживалось нарушение обмена железа: резкое снижение сывороточного железа и ферритина, увеличение ОЖСС, а также характерная морфология периферической крови: гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Процент нормохромных анемий в этих отделениях несколько ниже (55-58%), так как здесь почти отсутствуют анемии вследствие кровопотерь. В гинекологическом отделении количество микроцитарных гипохромных анемий достигает почти половины от общего числа, что объясняется профилем и особенностью заболеваний пациенток. А в отделении больных с острыми отравлениями (ОБОО) количество макроцитарных гиперхромных анемий (до 25%) выше, чем в других, поскольку большое количество пациентов этого отделения страдают алкоголизмом, который ведет к возникновению В12 и/или фолиеводефицитной анемии. На рис. № 5 дано графическое изображение полученных результатов.

Рис. 5

Диаграмма распределения видов анемий в отделениях КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»



При анализе характера анемий необходимо отметить использование в работе таких показателей гемограммы, как средний размер нейтрофилов MVNe (N 132-144 ед.) и средний размер моноцитов MVMo (N 157-167 ед.). Их рассчитывает при анализе образцов крови анализатор LH-500. Эти показатели, по данным М.О. Егоровой с соавторами со ссылкой на зарубежные источники, являются лучшими параметрами для выявления мегалобластных анемий (В12 и фолиеводефицитной), которые, с патогенетической точки зрения, характеризуется нарушением синтеза ДНК, РНК и возникновением мегалобластического эритропоэза. Показатель макроцитоза MCV не всегда имеет хорошую чувствительность и не является, по литературным данным, абсолютным критерием оценки, поскольку часто имеют место быть смешанные анемии. В то же время увеличение MVNe и MVMo позволяет с уверенностью диагностировать скрытый дефицит В12 и фолатов, а также отмечается нормализация этих параметров вскоре после введения цианкобаламина и/или приема фолиевой кислоты. В качестве примера, подтверждающего эти данные, можно привести показатели пациента нашей больницы.

Больной П., 67 лет, поступил 3.01.2018 г. в приемное отделение с жалобами на лихорадку, боли в голове и позвоночнике, общую слабость, потерю массы тела. Был выставлен основной диагноз «внебольничная пневмония». При первичном обследовании наблюдалась панцитопения. Выявлена макроцитарная гиперхромная анемия тяжелой степени. Hb-32г/л, RBC-0.76*10¹²/л, HCT- 8.9%, MCV-117фл, MCH- 42пг, MCHC-36.0г/л, RDV-CV- 16.3%, резкое снижение количества лейкоцитов WBC-1,7*10⁹/л и тромбоцитов PLT-29*10⁹/л. При микроскопическом исследовании картина соответствовала дефициту витамина В12 и/или фолатов. По жизненным показаниям пациенту были проведены несколько переливаний эритроцитарной и свежзамороженной плазмы, в результате чего увеличились уровни HGB, HTC, RBC, изменились расчетные показатели красной крови. После консультации гематолога больному было начато введение витамина В12.

Показатели периферической крови до введения препарата и через 10 дней после начала лечения также представлены в таблице №2.

Как видно из таблицы, первичные результаты среднего объема нейтрофилов и моноцитов были значительно увеличены, а по мере лечения и повышения уровня гемоглобина и эритроцитов средние объемы уменьшились или пришли в норму.

Таблица 2

**Сравнение показателей
красной крови до и после введения витамина В₁₂**

Пациент / Дата	9.01. 2018	19.01.2018
Больной П., 67 лет Реанимационное отделение	<i>WBC – 3,3*10⁹/л</i>	<i>WBC – 13,8*10⁹/л</i>
	<i>HGB – 88 г/л</i>	<i>HGB – 98 г/л</i>
	<i>RBC – 2,51 *10¹²/л</i>	<i>RBC – 3,14*10¹²/л</i>
	<i>HTC – 26 %</i>	<i>HTC – 28,8%</i>
	<i>MCV – 94,9 фл</i>	<i>MCV – 93,9 фл</i>
	<i>MCH – 34,8 пг</i>	<i>MCH – 31,3 пг</i>
	<i>RDW – 18,8 %</i>	<i>RDW – 15,8%</i>
	<i>MVNe – 187 ед (N 132-144).</i>	<i>MVNe – 146 ед (N132-144).</i>
	<i>MVMo – 211 ед (N157-167)</i>	<i>MVMo – 180 ед (N157-167)</i>

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лабораторная диагностика анемий. Долгов В.В., Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е. – «Губернская медицина», Тверь, 2011 г.
2. Практические рекомендации по лабораторной диагностике наиболее распространенных форм анемий. Егорова М.О., Цветаева Н.В., Сухачева Е.А., Москва, «Триада», 2010 г.
3. Медицинские лабораторные анализы, Справочник – М., «Триада», 2000 г. Лившиц В.М., Сидельникова В.И.
4. Клиническая оценка показателей общего анализа крови. Соболюп Т.Н., РГМУ ФУВ Кафедра кл. лаб. диагностики, Москва, 2006 г.
5. Анемии. Скрытая эпидемия /Пер. с англ. И.С.Тарасовой – М.: «МегаПро», 2004 г.
6. Ретикулоциты. Луговская С.А., Почтарь М.Е. – Москва, 2006 г.
7. Simon Lopez R., Sukhacheva E., Tsvetaeva N., Egorova M., Kolenkin S. and Achildieva T. High Sensitivity New Parameters for the Detection of Vitamin B12 and Folate Deficiencies abstract to the 50th ASH Annual Meeting and Exposition // Blood (ASH Annual Meeting Abstract) 2008 112: Abstract 5379.

— наука и практика —

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ



Т.Л. Коренева

АВТОРЫ

**Т.Л. Коренева, Т.Т. Ширко,
Н.А. Роговцова, А.В. Уколов**

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Эндоскопическое отделение было открыто 2 января 1990 г. на базе многопрофильной больницы скорой медицинской помощи. На протяжении 25 лет к нам ежедневно поступают больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии, составляющие пятую часть от всех поступающих в хирургические отделения. Эндоскопическое исследование позволяет установить источник кровотечения более чем у 95% больных, остановить или предупредить рецидив кровотечения методами эндоскопического гемостаза. Мы длительное время применяли:

- диатермокоагуляцию;
- инъекционный метод гемостатическими и сосудосуживающими средствами (обкалывание адреналином 0,1%-1,0 на физ. растворе 0,9%-20,0);
- склерозирующую терапию этоксисклеролом 1%;
- орошение феракрилом 1%.

Нередки были рецидивы кровотечения, заканчивающиеся оперативным вмешательством. Это послужило причиной поиска нового метода эндоскопического гемостаза, отвечающего ряду условий: эффективно и недорого.

Этим требованиям отвечает метод эндоскопической аргоноплазменной коагуляции (АПК). В хирургии он известен с 1991 года, но только после создания специальных гибких зондов стал применяться во внутрипросветной эндоскопии.

В 2011 году больница приобрела аппарат «Фотек ЕА 141» для аргоноплазменной коагуляции, и с этого времени в БСМП метод аргоноплазменной коагуляции для эндоскопического гемостаза стал основным или в комбинации с другими методами остановки кровотечения.

Он представляет собой метод монополярной высокочастотной хирургии, в котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного электропроводящего газа – аргона. Выходящая из отверстия АРС-зонда струя плазмы обдаваемый высокочастотным напряжением до такой степени, что между наконечником зонда и поверхностью ткани возникает аргоноплазменная дуга. Посредством этой дуги энергия тока высокой частоты бесконтактно передается на подлежащий лечению участок ткани. Дистальный конец АРС-зонда должен быть удален от ткани на расстояние от 2-10 мм, что позволяет производить аппликацию плазменной струи в осевом, боковом и радиальном направлениях и «из-за угла».

При воздействии аргоновой плазмы на участок ткани в нем возникают три зоны, расположенные последовательно от поверхности в глубину: зона высушивания (десикации), зона коагуляции и зона девитализации.

Преимущества данного метода:

- эффективная и надежная коагуляция;
- выраженный эффект десикации;
- бесконтактный способ аппликации (расстояние между наконечником зонда и тканью составляет 2-10 мм);
- возможность аппликации в прямом и радиальном направлениях, а также с «поворотом за угол»;
- контролируемая и ограниченная глубина проникновения (0,5-3 мм);
- не разрушение металлических стентов.

Недостатки:

- растяжение органов при подаче аргона;
- отсутствие эффекта вапоризации;
- возможность возникновения эмфизем;
- возможность помех на экране монитора.

Показания к АПК при кровотечениях из ЖКТ и трахеобронхиального дерева:

- Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв (F1a-F1b) и из пептических язв гастроэнтероанастомоза.
- Синдром Маллори-Вейсса.
- Кровотечения из опухолей.
- Кровотечения из мальформации сосудов.
- Кровотечения из билиодигестивных и гастроинтестинальных соустьев.
- Кровотечения из полипов и после эндоскопической полипэктомии.
- Кровотечения после папиллосфинктеротомии.
- Кровотечения при острых эрозивно-язвенных процессах (в случаях одиночных поражений).
- Прорастание опухоли или грануляционной ткани после установки стента.

Противопоказания к АПК

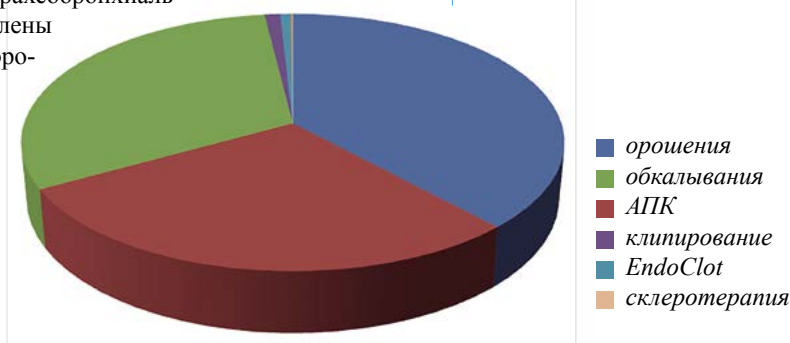
Общие:

- Агональное состояние больного.
- Наличие у пациента имплантированного кардиостимулятора.

Местные:

- Кровотечения из расширенных вен пищевода и кардиофундального отдела желудка.
- Невозможность достоверной визуализации источника кровотечения из-за стеноза, деформации просвета органа или переполнения его кровью или желудочным содержимым.
- Кровотечение из зоны скрепочного шва по сформированной малой кривизне желудка после резекции желудка.
- Тотальное эрозивное поражение.

В течение 2015-2017 годов в отделении были осмотрены 2880 пациентов с кровотечениями из ЖКТ и трахеобронхиального дерева. В 1969 случаях выявлены источники кровотечения. Метод орошения применялся в 751 случае, в 614 случаях – метод обкалывания, в 566 случаях – метод АПК, клипирование – в 21 случае, гемостатическая полисахаридная система EndoClot – в 14 случаях, склеротерапия – в 3 случаях.



науча и практика

Показатель	Кол-во	С 15 до 59 лет	С 60 до 97 лет
Мужчины	359	175	184
Женщины	207	50	157

Источником кровотечения послужили:

Нозологические формы	Кол-во и % от 954	Форрест 1 а	Форрест 1 в	Форрест 2 а	Форрест 2 в	«фульгур»	«спрей»
Острая язва желудка	229 (23 %)	7	100	37	79	42	120
Язва ДПК	213 (21,3%)	7	86	37	76		135
Синдром Маллори-Вейсса	220 (22%)	2	62	20	122		56
Хрон. язва желудка	98 (9,8%)	5	20	11	59	15	30
Язва анастомоза	30 (3,1%)	1	8	8	12		16
Рак желудка	43 (4,5%)		10	4	28	10	6
Язва пищевода	27 (2,8%)	1	7	1	17		13
Полипэктомия желудка	1 (0,1%)				1		1
Эрозивный гастрит	68 (7,1%)		7	5	50		17
Эрозивный эзофагит	56 (5,8%)		17	3	31		16
Рак пищевода	3 (0,3%)				3		1
Папиллосфинктеротомия	2 (0,2%)			1	1		1
Язва прямой кишки	3		1				3
Язва восходящего отдела ободочной кишки	1		1			1	
Центральный рак легких	2		2			1	1
Сосудистая эктазия ободочной кишки	1		1			1	
Полипэктомия ободочной кишки	2		1		1		1

На первом месте по количеству кровотечений была острая язва желудка. В 229 (23 %) случаях АПК проводилась при кровотечениях из острых язв желудка, из них продолжающееся кровотечение было в 107 случаях (по Форрест 1а и 1в) остановлено в режиме «фульгур» и «спрей» с применением в 67 случаях предварительного обкалывания кровоточащего сосуда раствором сосудосуживающего средства. В 116 случаях кровотечение было остановившимся (по Форрест 2а и 2в), в некоторых случаях предварительно эндоскопической петлей удалялся тромб с язвы с последующей коагуляцией язвенного дефекта.

На втором месте – Синдром Маллори-Вейсса и составляет 220 (22 %) случаев: из них продолжающееся кровотечение в 64 случаях, остановившееся – в 142 случаях.

На третьем месте – язва ДПК. В 213 (21,3%) случаях АПК проводилась при кровотечениях из язвы ДПК, продолжающееся кровотечение было в 93 случаях, неактивное – в 113 случаях. Имело место сочетание методов эндоскопического гемостаза.

Рецидив кровотечения или нестабильный гемостаз после первичного выполнения АПК составил 66 случаев (11,7%). Возобновление кровотечения в процессе выполнения эндоскопического гемостаза наблюдалось во многих случаях, особенно из видимых тромбированных сосудов (по

— наука и практика —

Форрест 2а), за счет потока самого «ионизированного аргона». В таких ситуациях сочетали метод инъекционного гемостаза с последующей повторной коагуляцией до формирования стойкого струпа.

Таким образом, эффективность первичного однократного выполнения АПК составила – 500 случаев (88,3%).

После повторного выполнения АПК у этих пациентов эффективность гемостаза составила 94%. Только у пяти пациентов из 566 (0,8%) АПК оказалась неэффективной при рецидиве кровотечения, эти пациенты были оперированы.

Из-за высокого риска рецидива кровотечения сразу после АПК было прооперировано пять пациентов с летальным исходом в одном случае. В 25 (6,5%) случаях оперативное лечение проводилось после подготовительного этапа.

За период 2015-2017 годов было выполнено оперативных вмешательств на желудке и ДПК – 396, из них в 30 (8%) случаях оперативные вмешательства проводились после АПК:

- *Язва ДПК с пенетрацией и высоким риском повторного кровотечения – 10 (33,5%).*
- *Острая и хроническая язва желудка с высоким риском повторного кровотечения – 12 (40%).*
- *Злокачественная опухоль антрального отдела желудка и привратника (со стенозированием) – 5 (16,6%).*
- *Язва анастомоза – 2 (6,6%).*
- *Синдром Маллори-Вейсса – 1 (3,3%).*

Выводы:

1. Метод АПК при не варикозных желудочно-кишечных кровотечениях является высокоэффективным, может применяться изолированно и в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза, в том числе у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения.

Эндоскопические критерии высокого риска рецидива кровотечения:

- *(F I a, b, c; F II a, b);*
- *язвенный дефект 2,0 см и более по задней стенке желудка и ДПК;*
- *видимый крупный сосуд в язвенном кратере до 1,5 мм.*

2. При применении метода АПК сократилась потребность в оперативных вмешательствах, уменьшилась продолжительность и стоимость стационарного и амбулаторного лечения.

3. Метод АПК привлекает мобильностью установки для АПК и легкостью обслуживания; прочностью и низкой стоимостью АРС-зондов; низким уровнем затрат на приобретение, эксплуатацию и техобслуживание; отсутствием дополнительных затрат на обеспечение безопасности.

— наука и практика —

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ



И.А. Рябков

АВТОРЫ

**И.А. Рябков, Б.Е. Куликов,
А.Н. Черных**

*МУЗ «Городская клиническая
больница скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича»*

Эффективность консервативного лечения язвенной болезни желудка и ДПК за последние 10 – 15 лет показала свой значительный позитивизм, что заметно в уменьшении оперативных вмешательств на желудке за этот же период. Но есть и негативная сторона данной проблемы, заключающаяся в более тяжелых осложнениях после неэффективной или не вовремя начатой медикаментозной терапии, что приводит к пенетрации язвы в близлежащие органы, перфорации уже калезной язвы, профузным кровотечениям трудно останавливаемым эндоскопическими методами, малигнизации язвы. Поэтому рецидив заболевания всегда протекает тяжелее как для пациента, так и для оператора.

Начиная с 1881 года и до настоящего времени хирурги-гастроэнтерологи всего мира выполняют резекции желудка по ее автору – Теодору Бильроту, это резекция желудка по БильротI или БильротII в различных модификациях, что приемлемо для индивидуального подхода к пациенту и его заболеванию.

В нашей клинике хирурги со стажем проводят уникальные операции на желудке. В зависимости от локализации язвенного процесса возможна дистальная (антрум) и проксимальная (кардиальная) резекция желудка. В первом случае приемлемы:

I.1 Классическая резекция желудка по БильротI.

Данная операция хороша тем, что не нарушает пассаж пищи естественным путем, т.е. желудок – ДПК – тонкая кишка.

— наука и практика —

I.2 Трубочатая, или лестничная, резекция желудка. Позволяет сохранить необходимый объем желудка, что целесообразно выполнять при гигантском желудке, т.е. стенозе его выходного отдела.

I.3 Пилороантрумсохраняющая резекция желудка. Приемлема при язвах желудка. Достоинство этой операции – в сохранении пилорического жома, что дает порционный пассаж пищи из желудка, исключается клиника демпинг-синдрома.

I.4 Аппаратная резекция желудка по Ю.М. Лубенскому (используются аппараты УО-40 или 60, а также СПТУ с головкой на 21 или 24 мм). Уникальность операции заключается не только в аппаратной резекции желудка, но и наложении аппаратного гастродуоденоанастомоза на задней стенке желудка. При выполнении этого вмешательства мы не наблюдали клинических признаков анастомозита или демпинг-синдрома.

Второй способ резекций желудка – это метод БильротII в различных модификациях. Данный вид операций считается наиболее безопасным в возможных послеоперационных осложнениях при больших (гигантских) язвах желудка и ДПК пенетрирующих в близлежащие органы, массивных кровотечениях, малигнизации язвенного процесса. Кроме того, анастомозы с желудком исключают их натяжения, что возможно при первом типе резекций.

2.1 Наиболее распространенным является способ резекции желудка по БильротII в модификации Гофмейстера – Финстерера, т.е. дополнительно создается искусственный клапан благодаря подшиванию приводящей кишки выше анастомоза для исключения заброса в нее пищи из желудка. Операция в техническом исполнении опасна, так как возможны осложнения: синдром приводящей петли, анастомозит, демпинг-синдром при большом отверстии анастомоза.

2.2 Резекция желудка по БильротII на длинной петле с Брауновским соустьем. В данном случае мы полностью исключаем синдром приводящей петли, но не можем исключить демпинг-синдром.

2.3 Резекция желудка по БильротII с анастомозами по Ру наиболее безопасна при любом объеме резекции желудка, так как имеет два разобщенных Y-образных анастомоза: гастроэнтеро и энтероэнтеро на разобщенной петле.

Последние две операции позволяют не только разгрузить ДПК, но и в случаях несостоятельности швов анастомозов или культи ДПК, анастомозитов или пептических язв, демпинг-синдроме, а также других осложнениях произвести реконструктивную операцию с минимальными анатомическими нарушениями.

Таким образом, мы имеем оптимальные возможности оперативного лечения язвенной болезни желудка и ДПК с индивидуальным подходом в каждом конкретном случае для исключения прогнозируемых послеоперационных осложнений.

АЛМАГ-01 – ПЛАЦЕБО ИЛИ ЛЕЧЕБНЫЙ АППАРАТ

Медицинский отдел
компании ЕЛАМЕД
представляет его руководитель
Алексей Валерьевич Иванов.

Он рассказывает
о ходе испытаний, проведенных
для оценки результата лечения
аппаратом АЛМАГ-01
у пациентов с деформирующим
остеоартрозом I и II степени



КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТКИ

Маргарита, 42 года, деформирующий остеоартроз I-II ст. правого и левого коленного сустава, подострая форма.

— Я достаточно недоверчиво относилась к физиотерапии – любой.

Как-то повелось, что больше доверяла лекарствам. Но у меня больной желудок! Некоторые таблетки не подходят. Согласилась участвовать в исследовании, потому что очень хочется чувствовать себя лучше. Все-таки в 42 года можно было бы и более бодрой себя ощущать.

Общество захлебнулось в шквале рекламных объявлений, гарантирующих избавление от различных проблем со здоровьем. Из-за того, что в рекламе всего не расскажешь, потребителя информируют об основных особенностях товара, оставляя за кадром другие, не менее важные нюансы. Зачастую потребитель представляет одно, а после покупки разочаровывается, поскольку в ожиданиях обманулся!

Определенный скепсис есть и в отношении выпускаемого компанией ЕЛАМЕД аппарата АЛМАГ-01. Это объяснимо, так как человек, отдавая достаточно крупную сумму, хочет, чтобы его надежды на улучшение самочувствия оправдались. Главный вопрос, который мне задают пациенты: «А он поможет?!»

Периодически мы, производители, сами задаемся этим вопросом и в поисках ответа проводим исследования с привлечением новых врачей, новых методов. Одной из испытанных, объективных методик, которая дает независимую от действий человека оценку, является тепловидение. Тепловизор – это сложное техническое устройство, позволяющее получить видимое температурное изображение объекта. Данный прибор преобразует инфракрасное излучение объекта в электрический сигнал, который усиливается и воспроизводится на экране индикатора. С его помощью мы исследовали результативность применения импульсного магнитного поля при деформирующем остеоартрозе.

КАК ПРОВОДЯТСЯ ПОДОБНЫЕ ИСПЫТАНИЯ

Для исследований мы набрали группу пациентов, которые знали об аппарате, но никогда его не применяли.

Главной целью было определить с помощью тепловизора эффективность аппарата. Для этого был взят серийный аппарат АЛМАГ-01 со стандартными параметрами – частота магнитного поля 6,25 Гц, бегущее импульсное магнитное поле, 4 катушки, напряженность магнитного поля 20 мТл. Набрана группа в количестве 15 человек – женщины в возрасте от 40 до 55 лет, страдающие деформирующим остеоартрозом I-II ст., подострое течение. У 12 пациенток были сопутствующие заболевания.

Пациенты приходили к нам на процедуры в одно и то же время, после выполнения одной и той же работы с той же нагрузкой. Медикаментозное лечение НЕ применяли. Результат лечения оценивался только с помощью тепловизора. Прочих исследований в виде оценки по шкале ВАШ, гониометрии, оценки объема сустава мы не проводили, поскольку такая оценка эффекта лечения уже дана МОО «Общество фармакоэкономических исследований» в проспективном, контролируемом, рандомизированном, двойном-слепом исследовании «Клинико-экономический анализ эффективности применения аппарата АЛМАГ-01 у пациентов с гонартрозом» (<https://market.elamed.com/almag-01/dokumenty/>).

ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ – ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ

Для того чтобы знать, где норма, а где патология (заболевание) и как оценивать результаты, сначала «сфотографировали» тепловизором здоровое колено человека в возрасте 45 лет. Нормальная температура на коленной чашечке составила около 29 °С. В месте прикрепления четырехглавой мышцы бедра температура около 31 °С.

Провели процедуру на здоровый сустав по стандартной методике, закрепив аппарат вокруг колена. После процедуры сделали тепловизионный снимок и... НЕ получили НИКАКИХ видимых изменений. При этом пациент не чувствовал никакого тепла.

У нас возник скепсис: а получим ли мы вообще видимые результаты на снимках тепловизора?! Как отреагирует на магнитное поле больное колено?



КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТКИ

Маргарита:

– Когда мне объяснили, что все лекарства придется отменить, я немного напряглась, даже думала отказаться от участия. Но правое колено доставляло столько проблем, что я решила – уж три недели я как-нибудь продержусь, чем потом буду жалеть, что попробовала не все методы лечения.

КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТКИ

Маргарита:

– Никогда до этого не видела ни самого АЛМАГа-01, ни тепловизора. Видела, конечно, рентгеновские снимки, но ведь это совсем другое. Когда видишь, как меняется температура колена – 20 минут назад была одна картина, а сейчас уже другая, вдруг понимаешь, что воздействие на организм магнитного поля действительно есть!

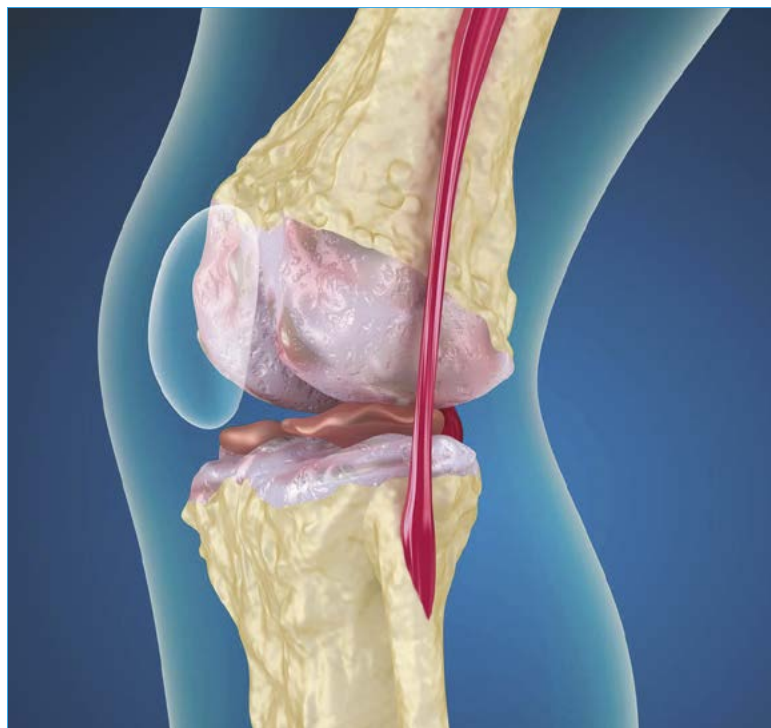
КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТКИ

Маргарита:

— С грелкой моя свекровь всегда сидела. На короткое время ей помогло от боли в колене, а потом все по новой. Так что я точно знала и без снимков — вяжи грелку, не вяжи, от артроза это не спасет.



ИСПЫТАНИЕ НА КОНКРЕТНОМ ПАЦИЕНТЕ – ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛМАГА-01



Пришла первая пациентка – больная 42 года с диагнозом «деформирующий остеоартроз I–II ст. правого и левого коленного сустава подострая форма». Имелась и сопутствующая гипертоническая болезнь I ст. Жалобы на начало лечения – утренняя скованность, усиление болевого синдрома к концу рабочего дня в правом коленном суставе.

Перед процедурой сделали контрольный тепловизионный снимок правого колена, в котором патологические процессы были выражены сильнее.

На тепловизионном снимке отмечена «мраморность» этого сустава, где самые холодные участки имели температуру 31,6 °С, а самые горячие – 32,4 °С. На месте прикрепления мышц к бедренной кости снаружи температура составила 31,8 °С, и 30,5 °С с внутренней стороны бедра.

Эти данные свидетельствовали о воспалительном процессе в области правого сустава. Его температура оказалась на 3 °С (32,4 °С) выше, чем температура здорового сустава.

Далее проведено воздействие на правый сустав аппаратом АЛМАГ-01. На контрольном снимке картина в корне отличалась от первоначальной! Были видны четкие круги с повышенной температурой размером с индуктор именно в тех местах, где проводилось воздействие! Температура в этих областях достигала 34,2 °С! Мы тут же измерили тем же тепловизором температуру аппарата, и оказалось, что максимальный нагрев индукторов составил 33,4 °С(!), что на 0,8 °С ниже, чем нагрев колена.

Можно констатировать, что биофизический механизм обнаруженных изменений объясняется двумя эффектами, которые

— медицина и бизнес —

являются результатом воздействия магнитного поля:

- усилением микроциркуляции,
- стимуляцией обменных процессов.

Через 1 час после процедуры вновь сделали тепловизионный снимок. Картинка изменилась – температура сустава снизилась. На тех местах, где воздействие непосредственно не оказывалось, температура снизилась с 32,7 °С до 31,2 °С, а там где проводилось воздействие АЛМАГом-01, температура упала с 34,2 °С до 33,3 °С, но осталась более высокой, чем до процедуры (32,2 °С). Это говорит о сохранении эффекта от воздействия магнитного поля как минимум в течение часа.

На следующий день процедуру на правом суставе повторили.

Перед этим сделали контрольный снимок, на котором была видна примерно одинаковая тепловая картина на правом и левом коленном суставе. Но! На левом суставе, с менее выраженными явлениями остеоартроза, для сравнения решили провести воздействие грелкой с той же, что и у аппарата, температурой 33,4 °С. Для исключения теплопотери грелки и для создания равных условий с аппаратом грелку накрыли махровым полотенцем, сложенным в 2 слоя. Провели процедуру и сделали контрольный снимок.

На основании полученных данных можно сказать, что при воздействии только сухим теплом нагревание тела происходит менее интенсивно. На термограмме получена разница температур – правый сустав в области воздействия индуктора нагрелся на 0,4 °С больше, чем участок левого сустава, на который была установлена грелка.

Исходя из этих данных мы сделали вывод, что импульсное магнитное поле оказывает более выраженный эффект по сравнению с воздействием сухого тепла на ткани в области применения.

Далее физиотерапия магнитным полем проводилась в течение 3-х недель по утвержденной Росздравнадзором методике.

Что изменилось субъективно к окончанию курса лечения:

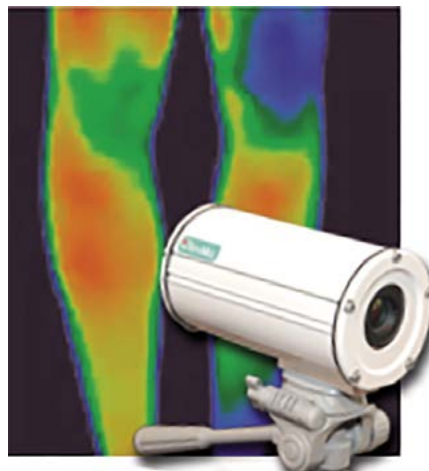
- исчезла утренняя скованность,
- практически исчез болевой синдром в суставе при дневных нагрузках.

ВЫВОДЫ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ И ОСНОВНЫЕ

На тепловизионном снимке правого сустава мы увидели и третий важный эффект – противовоспалительный. За счет снятия воспалительного процесса произошла нормализация температуры правого сустава – она снизилась до диапазона от 29,4 °С до 27,2 °С, что субъективно выражалось в снятии боли. В области коленного сустава восстановилось нормальное кровообращение, вследствие чего исчез «мраморный» рисунок. Схожая картина наблюдалась и у других пациентов.

Подобные эффекты являются необходимым условием при лечении такого заболевания, как артрит.

Полученные с помощью тепловизора, основанные на объективных данных результаты позволяют сделать вывод, что, применяя аппарат для лечения деформирующего остеоартроза I-II ст. с учетом активности процесса, достигается ожидаемый результат!



КОММЕНТАРИИ ПАЦИЕНТКИ

Маргарита:

– Врачи всегда опираются только на достоверные данные – результаты анализов, снимки, в общем, на то, что можно увидеть и оценить. А я обычный бухгалтер, поэтому ориентируюсь на свои ощущения. Мне хорошо, когда не болит! Это самый главный результат для меня.

В общем, я сделала свои, житейские выводы. Во-первых, огромное спасибо за то, что мне предложили участие в исследовании, а во-вторых, грелку я теперь точно прикладывать не буду. И свекрови тоже не разрешу.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:

АО «Елатомский приборный завод»

Адрес: 391351, Россия,
Рязанская область, р.п. Елатьма,
ул. Янина, 25.
ОГРН - 1026200861620

Бесплатная горячая линия:
8-800-200-01-13
www.elamed.com

— из истории одного отделения —

ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ №2



Галина Викторовна Гризан
заведующий отделением
(2015-2017)



Наталья Георгиевна Потылицына
заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии №2



Альбина Николаевна Нафикова
старшая медицинская сестра
отделения



В 2011 году на базе КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» был создан Первичный сосудистый центр (ПСС), что явилось важнейшим мероприятием в системе организации эффективной специализированной помощи больным с острыми расстройствами мозгового и коронарного кровообращения.

В составе Первичного сосудистого центра (ПСС) был открыт Блок реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) на 12 коек для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения.

Непосредственное руководство (ПСС) с 2011-го по 2013 год возглавлял зам. гл. врача по лечебной работе С.В. Гребенников.

С 2013 года руководителем является зам. гл. врача по медицинской части А.А. Любченко.

В 2015 году было принято решение о реорганизации блока реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) в самостоятельное структурное подразделение.

В феврале 2015-го создано Отделение реанимации и интенсивной терапии №2. Под руководством Галины Викторовны Гризан отделение работало до декабря 2017 года.

С января 2018 года отделение возглавила врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории Наталья Георгиевна Потылицына.

Круглосуточно отделение реанимации и интенсивной терапии №2 оказывает высококвалифицированную, специализированную помощь больным с церебральной недостаточностью, черепно-мозговыми травмами и другими тяжелыми состояниями. Использование мульти-системного подхода к пациенту, без концентрации только на проблемах

— из истории одного отделения —



ЦНС, является одной из приоритетных задач ОРИТ №2.

В своей ежедневной работе доктора отделения используют комбинацию шкал для оценки динамики состояния и прогноза заболевания, а также специфический комплекс нейромониторинга и интенсивной терапии.

В задачи нейромониторинга в первую очередь входит диагностика вторичного повреждения мозга раньше, чем разовьются неврологические нарушения. С этой целью в отделении применяются такие технологии, как измерение внутричерепного давления, продленный ЭЭГ-мониторинг, оценка мозгового кровотока, оксигенация крови в луковиче яремной вены, мониторинг оксигенации ткани мозга и др.

В направления интенсивной терапии, специфичные только для нейрореанимации, входят: гипотермия, противосудорожная терапия, тромболизис, гиперосмолярная терапия, гипердинамическая терапия, декомпрессионная трепанация. Применение вышеуказанных мер, наряду с грамотной ИВЛ, соответствующей последним мировым рекомендациям, позволяет успешно лечить даже самых тяжелых пациентов.

В отделении работают врачи анестезиологи-реаниматологи и медицинские сестры с многолетним стажем: В.С. Емельяшин, С.В. Орлов, А.В. Коваль, старшая медицинская сестра А.Н. Нафикова, палатные сестры Л.В. Евсюкова, Н.А. Филякова, И.И. Никитина, И.В. Какоулина, А.Р. Мубаракшина, А.С. Бологова, Г.А. Маисеева.

Наряду с опытными врачами трудятся их молодые коллеги: А.В. Торопов, М.Ю. Ефименко, Е.А. Торопова, Г.Ш. Шахпазов, М.В. Безотеческая.

Много молодежи и среди сестринского и младшего медицинского персонала: А.Д. Руф, Е.В. Старикова, Л.И. Рыбакова, О.С. Колобова, Е.И. Михайлова, О.Г. Важничая, Л.Д. Денисова, К.А. Бадейникова, К.В. Мурадян, А.С. Батырева, А.В. Козлова.



Андрей Васильевич Коваль
врач анестезиолог-реаниматолог



Сергей Владимирович Орлов
врач анестезиолог-реаниматолог



Владимир Семенович Емельяшин
врач анестезиолог-реаниматолог

— случай из практики —

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО КАК ПРИЧИНА ИНФИЛЬТРАТА В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Н.А. Роговцова

АВТОРЫ

Н.А. Роговцова, Т.Л. Коренева, Т.Т. Ширко

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Пациентка, 40 лет, поступила в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» с жалобами на умеренные боли в правой половине живота, слабость, повышение температуры тела до 38-39°C. Вышеописанные жалобы беспокоили в течение 2-3 дней до поступления в стационар. Из анамнеза известно, что 4 года назад ей было проведено оперативное вмешательство – родоразрешение путем кесарева сечения. При поступлении отмечалось состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые оболочки были обычной окраски, температура тела – 38,6°C. Периферические лимфатические узлы не пальпировались. АД 110/80 мм.рт.ст., PS-88 уд/минуту. Живот умеренно вздут, участвовал в акте дыхания. При пальпации живота отмечалась умеренная болезненность в правой подвздошной области и мезогастррии. Пальпаторно в правой подвздошной области определялось опухолевидное образование размером 6х5 см, слабоподвижное, плотной консистенции, умеренно болезненное. В этой же проекции отмечался умеренно выраженный дефанс мышц. Симптомы раздражения брюшины отсутствовали.

Со стороны лабораторных показателей: лейкоцитоз $14,7 \times 10^9/\text{л}$, незначительная билирубинемия до 40, 80 мкмоль/л (при норме 0.00-21.00). Остальные показатели в пределах физиологической нормы.

По данным КТ (компьютерной томографии) на момент поступления: в правой подвздошной области определяется образование неоднородной структуры размером до 4,7х2,8х4,1 см, тесно спаянное с кишкой, кишка инфильтрирована, спаяна с париетальной брюши-

ной передней брюшной стенки, окружающая клетчатка инфильтрирована. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В полости малого таза небольшое количество жидкости. Заключение КТ на основании вышеизложенного: картина дополнительного образования в правой подвздошной области, дифференцировать с воспалительным инфильтратом и объемным образованием.

На основании имеющихся данных внешнего осмотра, лабораторных данных и данных КТ было принято решение о проведении диагностической колоноскопии с целью дифференциальной диагностики и исключения наличия злокачественного образования в проекции купола слепой кишки, исключения болезни Крона и другой возможной патологии, которая могла бы являться причиной имеющейся симптоматики и наличия вышеописанных изменений по данным КТ.

В ходе проведения колоноскопии толстая кишка осмотрена на всем протяжении до купола слепой кишки. При осмотре купола слепой кишки в просвете визуализируется инородное тело (марлевая салфетка), локализуемая главным образом в проекции устья червеобразного отростка. Слизистая, там же, ярко гиперемирована, отечна, изъязвлена. Там же имеется свищевое отверстие диаметром до 0,8 см, частично обтурированное инородным телом. Из имеющегося свищевого отверстия в просвет кишки отмечается поступление содержимого гнойного характера. Проведено удаление инородного тела. После удаления в просвет кишки выделилось до 10 мл гнойного содержимого (фото 1-4). При повторном осмотре слизистой на выходе дополнительных патологических образований не найдено.

После проведенного эндоскопического вмешательства на следующий день отмечалось значительное уменьшение болей в правой подвздошной области, снижение температуры тела до 37°C, улучшение общего состояния. Учитывая положительную динамику и отсутствие рецидива симптоматики, в дальнейшем пациентке проводилось консервативное лечение, ключевой составляющей которого являлась антибактериальная терапия.

За неделю до выписки повторно была проведена колоноскопия. При осмотре купола слепой кишки в динамике – свищевой ход в стадии эпителизации, диаметр свищевого хода уменьшился до 0,3 см, в его проекции остатки инородного тела (отдельные нитки), которые были удалены биопсионными щипцами (фото 5). Кроме того, было осмотрено до 10 см подвздошной кишки (осмотр данного участка при первичном осмотре провести не представлялось возможным в связи с выраженной деформацией, локальным отеком и гиперемией купола слепой кишки), патологии не найдено.

На серии КТ снимков на фоне проведенного лечения – положительная динамика, размеры образования уменьшились до 1,8 см. КТ признаков нагноительного процесса в области илеоцекального угла не отмечалось.

Общее время нахождения пациентки в стационаре составило 20 дней. Пациентка была выписана под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. После выписки в течение последних двух лет состояние ее оставалось удовлетворительным, обращений в стационар в наличии рецидива симптоматики зафиксировано не было.

— золотой фонд БСМП —

«НАШ БОРИСЫЧ»

АВТОР

А.О. Бабушкин

врач I инфекционного отделения КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

1975 год.

Первый год совместной работы



1979 год.

В составе комиссии по переписи населения



1976 год.

*На заседании
комитета ком-
сомола*

1991 год.

*В тот год
зима была мо-
розной*



Думаю, что Владимир Борисович Чернышов, о котором я веду рассказ, не был бы в обиде на столь фамильярно-простецкое обращение к себе. Так сложилось с годами, что «для своих» это стало как бы в порядке вещей, подчеркивая проявление великодушия и простоты его натуры. Наши добрые и достаточно доверительные отношения с Владимиром Борисовичем сложились сразу, как только я врачом-интерном вошел в коллектив инфекци-



1995 год.

Игра в холеру

онного корпуса. Уже тогда от молодого коллеги с трехлетним стажем можно было получить дельные практические советы. Помню, как мы проводили совместный вечерний обход по инфекционному и неврологическому корпусам. Тогда, в первые полтора года становления БСМП, это входило в обязанности дежурного инфекциониста, как и снятие пробы вечернего рациона больных в пищеблоке первых двух корпусов больницы. Решил, что для большей

— золотой фонд БСМП —



1996 год.

Врачи первого инфекционного отделения

полноты представления коллеги стоит сопроводить повествование иллюстрациями из нашего служебного альбома.

Владимир Борисович был весьма фотогеничной и колоритной фигурой, что раскрывало его неординар-

1998 год.

*Приходи к нему
лечиться и котенок, и...*



2001 год.

Групповой портрет



2002 год.

*Субъект пародии как проявление
признательности*



2002 год.

*Коллектив врачей
первого отделения*



— золотой фонд БСМП —



2004 год.
«Мастер-класс»

2005 год.
30 лет спустя



2004 год.
На передовой

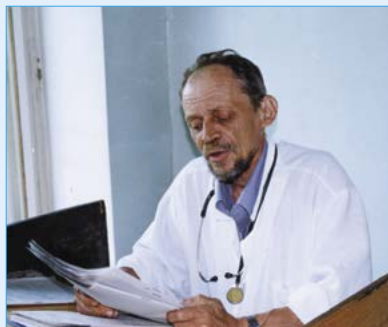


2005 год.
Субботник для врача приемного покоя

ные, даже в чем-то артистические способности. Далеко не многие знают, что он являлся первым секретарем комсомольской организации больницы. Это был человек высокого профессионализма и исполнительской дисциплины. Не могу не отметить и уровень его эрудированности и политической грамотности. Смею утверждать, что В.Б. Чернышов наследовал все свои лучшие человеческие и деловые качества от родителей. Мама – профессор биологии, отец – Герой

— золотой фонд БСМП —

2007 год.
*А еще был
случай...*



2010 год.
*Консультация
во втором хирургическом
отделении*



2010 год.
Врач-энциклопедист

2011 год.
Дачник

27 июня 2012 года...



Советского Союза, именем которого названа одна из улиц города. С долей иронии вспоминаю наши с ним «политические дебаты». Отдельная история о совместной причастности к когорте носителей «классического» врачебного почерка... Доброта и порядочность — отличительные качества Владимира Борисовича, что заметно выделяли его среди коллектива инфекционистов и как профессионала, и как человека...

— золотой фонд БСМП —

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ 45 ЛЕТ



В 1973 году под руководством главного врача Н.С. Карповича была введена в эксплуатацию КМКБСМП. Годом раньше открыт инфекционный корпус в составе БСМП с рентген-диагностическим кабинетом. И с 1973 года начало функционировать рентгенологическое отделение под руководством заведующего отделением А.С. Катанаева. Отделение располагалось на площади в 912,2 кв.м, где размещались 11 рентгенодиагностических комплексов, оснащенных как отечественной, так и импортной аппаратурой.

Отделение предназначалось для оказания экстренной и плановой рентгенологической помощи населению города Красноярска и прилегающих территорий, применялось более 30 различных методик для исследования пациентов.

В это время впервые в Красноярске была освоена и внедрена в практику эндоскопическая ретроградная холецисто-холангио-панкреато-

— золотой фонд БСМП —



графия, выполняемая врачом-рентгенологом И.Г. Граковым. Данная методика остается актуальной по настоящее время, несмотря на наличие методик компьютерной томографии и ультразвуковой диагностики. Также впервые в городе в отделении были освоены и проводились ангиографические методы исследований, выполняемые врачом-рентгенологом Е.Н. Галкиным, а впоследствии В.Н. Соколовым.

Первыми врачами-рентгенологами, работавшими в отделении, были: Р.П. Амбарникова, М.А. Спивак, Н.Г. Пашенко, З.Л. Колесникова, П.Н. Худяков, Г.А. Волошина, И.А. Ослонович, Н.А. Зайцева.

Первые помощники врачей – это рентген-лаборанты: А.А. Горошкевич, Г.П. Карпова, Л.П. Зозуля, А.И. Михалева, Л.С. Шушканов. Н.В. Семин был старшим рентген-лаборантом.

Шло время, менялись требования к рентген-оборудованию, помещению. За этот период трижды поменялся парк рентгенологической аппаратуры, изменился и облик рентген-отделения в лучшую сторону в соответствии с новыми требованиями СанПиН. Со временем менялся и состав коллектива отделения. Ни для кого не секрет, что БСМП является «кузницей» квалифицированных кадров. Десятки врачей и рентген-лаборантов прошли трудовую школу в отделении и успешно трудятся в других лечебных учреждениях Красноярск и края.

Но есть и такие ветераны, которые более 30 лет и по настоящее время успешно трудятся в отделении. Это врачи высшей квалификационной категории – Н.Г. Пашенко, которая в январе 2018 года ушла на заслуженный отдых, отработав в больнице 40 лет, В.В. Мамонтова, А.Р. Марцынкевич, В.П. Бахарев, который с 1991 года и по настоящее

— золотой фонд БСМП —



время является заведующим рентгенологическим отделением. Рентген-лаборанты высшей квалификационной категории: Н.К. Иванчук, В.М. Понамарева, Л.И. Аверьянова, С.А. Дугина

В настоящее время в отделении трудятся сотрудники молодого поколения со стажем 10 лет и менее. Это врачи: А.В. Дурнев (в 2015 году ему присвоена высшая квалификационная категория), А.Д. Ермаков, П.А. Михайлова, С.Е. Матвиенко, А.С. Летковская, А.В. Черных. Рентген-лаборанты: Е.И. Голубева, старший рентген-лаборант; С.М. Коляда, дублер старшего рентген-лаборанта; А.Г. Догаева, Д.В. Тоболин, Е.Д. Якименко, М.А. Ярославцева, С.И. Карнаухова, Н.С. Кондратенко, Н.В. Иванова, М.Ш. Джумаев и О.А. Репина.

Также хочется отметить ветеранов труда, которые десятки лет проработали в отделении и сейчас находятся на заслуженном отдыхе. Это врачи Р.П. Абрамникова, Н.В. Педак, рентген-лаборанты Н.А. Столбова, Г.П. Чепцова, В.К. Пархоменко, Г.П. Карпова, А.Р. Вахрушева С.В. Прокопчук.

На протяжении многих лет, несмотря на использование эндоскопических, ультразвуковых методов исследований, в отделении ежегодно проводится более 50 тысяч рентгенологических исследований, выполняется свыше 70 тысяч рентгенограмм. Практически каждый второй обратившийся пациент охвачен рентгенологическим методом исследования, что позволяет говорить о высокой значимости данного метода исследования.

Все врачи отделения владеют всеми необходимыми методами и практическими навыками при исследовании пациентов с любой патологией, ведут экстренный прием пациентов согласно графику дежурств.

— золотой фонд БСМП —



Врачи отделения активно участвуют в заседаниях краевого общества врачей лучевой диагностики, конференциях, конгрессах, семинарах, проводят практические занятия с врачами-интернами и ординаторами кафедры лучевой диагностики ИПОКГМУ им. Войно-Ясенецкого под руководством зав. кафедрой проф. ДМН С.И. Жестовской.

В 2018 году будет открыт новый приемно-диагностический корпус с установленной современной цифровой рентгенодиагностической аппаратурой, позволяющей за короткий промежуток времени проводить любые рентгенологические исследования с наилучшим качеством изображения по сравнению со старыми рентгенодиагностическими аппаратами с использованием обычных кассет для рентгенографии.

Жизнь продолжается, и коллектив рентгенодиагностического отделения всегда, в любое время суток, готов оказывать квалифицированную рентгенологическую помощь, так как от нашего правильного и своевременно установленного диагноза зависит дальнейшее здоровье и даже жизнь наших пациентов, и это нас окрыляет и придает сил для дальнейших творческих успехов.



от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ



01.02.2018г

Моя, научная работа, все, что я получила, благодарю, хочу выразить безграничную благодарность нашему врачу-хирургу т. Зинченко Вячеславу Владимировичу за его тяжелый, но благодарный труд. Спасибо за то, что за годы заново учишься жить. Низко кланяюсь ему и благодарю за такое отношение к больным. Всегда спокойное, терпеливое, уверенное. Это медсестры Надежда, Илона, Зинаида Хураева, Ольга, Вероника Станиславовна, Ольга Ивановна, Оксана Ванюшова, Виктория Николаевна, Анастасия Даниловна и коллеги, санитарки наши, Евдокимовы, Анна, Светлана Ходура, Сай-Сун, Илона, Артем. Какое терпение у вас у всех, при такой огромной нагрузке.

Спасибо вам всем! Я думаю, когда-нибудь вы вернетесь по достижению ваших целей и будете здоровы и счастливы.

Кудрявцева Н.И./Н.И. Кудрявцева
Самоухова Е.Н./Е.Н. Самоухова
Хитик В.И./В.И. Хитик

БЛАГОДАРНОСТЬ

Выражаю огромную благодарность врачу-эндокринологу Муратовой Татьяне Александровне.

Я благодарна судьбе, что свела меня с таким профессиональным специалистом и отзывчивым человеком. Я уже несколько лет прохожу лечение у Татьяны Александровны и убедилась, что она обладает умением и навыками по организации и проведению диагностических и лечебных мероприятий, хорошо разбирается в особенностях течения заболеваний, в мерах профилактики и методах лечения, при этом стремится к самосовершенствованию своей профессиональной деятельности.

Татьяна Александровна умеет сопереживать и понимать человеческие потребности, имеет отличные знания в своей сфере деятельности, умело применяет свои знания и относится к нам больным, как к простым людям, которые в состоянии понять свои заболевания и способы лечения.

Хотелось бы отметить, что главное в профессиональной деятельности врача – укрепление и поддержание здоровья. Личность врача, а именно его моральный облик и профессиональная подготовка – две основные составляющие, которые в конечном итоге определяют успех лечения больных и влияют на качество всей системы здравоохранения.

Я очень ценю Вас, Татьяна Александровна - за Ваш профессионализм, чуткие и сердечные отношения к своим пациентам.

20 февраля 2018 года
Иванова

Додонова Вера

Наталия Николаевна, спасибо вам за вашу поддержку. Хочу отметить и поощрить т.к. вы являетесь примером для наших сотрудников.

09.03.18г.

Я, Сериков Владимир Александрович, меня привели на работу в эндокринологическое отделение БСМП с высоким уровнем и качеством. Хочу выразить благодарность Серикову Вячеславу Владимировичу и коллективу отделения за высшее качество лечения.

12.04.18 В.И. Сериков

Сериков

Сериков

В.И. Сериков

от всей души

Министерство здравоохранения Красноярского края

kraszdav@idma.ru
28 апреля 2018 г. 16:46
Отправлено: Михайлова Анастасия Андреевна
Кому: Министерство здравоохранения Красноярского края
Копия: Поступило обращение с сайта kraszdav.ru
Тема:

Обращение с портала kraszdav.ru

Дата подачи: 28.04.2018 16:45:53
Завитель: Частное лицо
Фамилия заявителя: Коваленко
Имя, отчество заявителя: Светлана Сергеевна Почтовый адрес заявителя: Lanakoval@yandex.ru
полученная заявителем ответа: В форме электронного документа по электронной почте заявителя Email
заявитель: Lanakoval@yandex.ru Номер телефона заявителя:

Тема сообщения: Огромная благодарность и признательность всему персоналу эндокринного отделения Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича Текст сообщения: Хотелось выразить огромную благодарность и признательность всему персоналу эндокринного отделения Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича. Особая благодарность заведующей отделением и моему лечащему врачу - Речковой Елене Владимировне за ее чуткое, внимательное отношение и высокий профессионализм, не меняющиеся с годами. Это врач от Бога, тот врач, который лечит не только тело, но и душу человека. Еще хочется отметить слаженную работу и доброжелательное отношение младшего и среднего медицинского персонала. Даже не представляю как девочки выдерживают такую работу, ведь очень много пациентов, неадекватных и всем недовольных бабушек диабетиков, но при этом, все всегда максимально корректно и вежливо. Даже санитарочки и те приветливы. Хотелось бы еще отметить работу врача-эндокринолога Муратовой Татьяны Александровны. Она лечила мою соседку по палате, как раз одну из тех "тяжелых" бабушек. Надо сказать, что такие выдержка и терпение в общении со сложными пациентами достойны уважения. С такими профессионалами можно быть спокойным за будущее нашей медицины. Спасибо огромное за вашу работу!!! Такую важную и нужную! Без вас мы бы не выжили! Здоровья всем вам и вашим родным и близким!!! СПАСИБО!!! С Уважением, Светлана Коваленко.

Я даю согласие на обработку персональных данных: да

Главному врачу БСМП
Коваленко Я.Б.
от Коваленко Виктора Ивановича
14.11.87 г.р. Паспорт 5013182960
прож. по адресу: г. Красноярск
ул. Борисов 26/28.

Благодарность

Выражаю благодарность сотрудникам БСМП.
Принимая участие: профессору Пономеву Марии
Владимировне, санитару Давыдову Игорю Радиковичу,
врачу Енисейской Катерины Владимировны,
10.11.87, вечером меня доставили скорое помощью,
было очень плохо, переживая приехав отделение,
принял все меры по скорейшему моему выздоровлению. Все
было сделано очень профессионально и с большим
человеческим сочувствием.
Принимая участие: врачу Красавцову Евгению
Александровичу, медсестре Хоминской Валентине и братишке
Андрею. Своевременное и тактичное отношение
медсестры, качественная и добросовестная работа
поставили меня на ноги. В отделении всегда чисто и
испортилось. Забота персонала о больных бурно
воспринимается.
Принимая участие: сотрудникам управляет здание
врача, и заставляю говорить о главном с
большим уважением.
Спасибо большое до всех врачей и медсестер.

14.11.87
20.11.18

Министерство здравоохранения
Красноярского края

ТЕЛЕГРАММА

РАСНОЯРСК 911/3099 96 03/05 1134=

РАСНОЯРСК УЛ КУРЧАТОВА 17 СТРОЕНИЕ 3
ЭТАЖ КАРДИОЛОГИЯ ТЫСЯЧАКОЕЧНАЯ БОЛЬНИЦА ГЛАВНОМУ ВРАЧУ=

ОЛЫШОЕ СПАСИБО ВАМ ЗА ВРАЧЕЙ ОПЫТНЫХ ГРАМОТНЫХ РЕАНИМАТОРОВ
АНДИОЛОГОВ КАРДИОХИРУРГОВ ЗАВКАРДЕОЛОГИИ СВЕТЛОВУ ВЫ СПАСЛИ
АЦИЕНТАМ ЖИЗНЬ ОСОБЕННО БОЛЬШОЕ СПАСИБО КОНСТАНТИНОВУ ЕВГЕНИЮ
ЕТРОВИЧУ КОТОРЫЙ ЭКСТРЕННО СДЕЛАЛ СРОЧНУЮ ОПЕРАЦИЮ
ИНЕ ГОНЧАРОВОЙ ГАЛИНЕ ИВАНОВНЕ 12 ФЕВРАЛЯ 2018 ГОДА ПОСТАВИЛ
ВА СТЕНДА СМЕЛО ГРАМОТНО НЕВЗИРАЯ НА КАРДИОЦЕНТРА КОТОРЫЕ
ВАЖДЫ МНЕ ОТКАЗАЛИ ИСПУГАВШИСЬ ОТВЕТА НЕ ДАЛИ ЖЕЛАЮ БЛАГОДАРИТЬ
АКИХ ВРАЧЕЙ КАРДИОХИРУРГОВ ЧАЩЕ ЖЕЛАЮ ЗДОРОВЬЯ УСПЕХОВ РАБОТЕ
ЫТУ ПРОДОЛЖАТЬ ТАКЖЕ СПАСАТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРОДЛЯТЬ ЖИЗНЬ ВСЕМ
ВАЖЕНИЕМ ТРИЖДЫ СПАСЕННАЯ ВАМИ ПАЦИЕНТКА ГОНЧАРОВА ГАЛИНА
ВАНОВНА КРАСНОЯРСК КАЛИНИНА 11 КВ 31-
ЕЛЕГРАММА ПРИНЯТА ПО ТЕЛЕФОНУ В ТОМСКЕ)

ИНН 27 03.05 0040



от всей души

НОЧЬЮ ОЧЕНЬ ТИХО ПО БОЛЬНИЦЕ



АВТОР

А.Ю. Окладников

заслуженный врач РФ
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

*Ночью очень тихо по больнице
Осторожно бродят чьи-то сны.
Кажется, что ночь сама боится
Этой ненадежной тишины.*

*Тишины, готовой вдруг рвануться,
Криком телефона надрываясь.
И коллеги молча соберутся,
Про себя негромко чертыхаясь.*

*Вроде все обыденно спокойно,
А в мозгу стучится – да? иль нет?
Отчего так в операционной
Вездесущ и беспощаден свет?*

*Наступает вечер, день окончен.
Городская суета кругом.
Я иду, немного заморочен,
Впереди семья, покой и дом.*

*Только все стоит перед глазами,
Как среди той зыбкой тишины,
Злыми от бессонницы врачами
Чьи-то жизни были спасены.*



MEDSINTES
group

Поздравляем с 45-летием!

