



НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Аркадий Борисович Коган:
**НАША КОМАНДА – СИЛЬНЫЕ ДУХОМ
ПРОФЕССИОНАЛЫ, УМЕЮЩИЕ
СПАСАТЬ ЖИЗНЬ И ВОЗВРАЩАТЬ ЗДОРОВЬЕ**

стр. 13

ШАГ В БУДУЩЕЕ.
РАЗВИТИЕ БОЛЬНИЦЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ.

стр. 31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ
С ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ

стр. 39

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ
И СТЕРИТОГРАФИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА
С ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМой НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

—поздравления—



А.В. Подкорытов
Заместитель председателя
Правительства
Красноярского края

Уважаемые друзья, коллеги!

*От всей души поздравляю вас
с наступающим Новым годом
и Рождеством! Это два праздника,
которые мы ждем с надеждой
и верой в лучшее.*

Можно не сомневаться, что в числе первых пожеланий, которые каждый из нас услышит от родных, друзей, знакомых и коллег по случаю этого всеми любимого праздника, будет пожелание здоровья. Так повелось с давних времен. Люди давно осознали, что здоровье – это то, без чего, будучи даже богатым и могущественным человеком, невозможно почувствовать себя по-настоящему счастливым.

Вы 45 лет на передовой, на страже здоровья горожан и жителей края, а это тысячи спасенных жизней, сбывшихся надежд, осуществленных планов, новых открытий, встреч – это ежедневный подарок врачей, медицинских сестер и санитарочек БСМП.

Каждый год коллектив больницы открывает для себя новые горизонты, осваивает новые технологии, занимается модернизацией учреждения, а это значит, что медицинская помощь пациентам, поступающим в стационар, будет оказана на высоком профессиональном уровне. Я уверен, миссия, которая возложена на вас в период проведения Всемирной универсиады в Красноярске, будет также достойно выполнена.

Пусть 2019 год принесет вам больше добрых вестей, радостных событий и положительных эмоций, чем вы ожидаете! Я искреннее желаю вам успехов во всех начинаниях на благо нашего края, крепкого сибирского здоровья для реализации задуманного! И пусть сбудется все, что вы загадаете под бой курантов в последние мгновения уходящего года!

—поздравления—



В.С. Денисов
Министр здравоохранения
Красноярского края

Уважаемые коллеги!

*Примите мои искренние
поздравления с наступающим
Новым годом и Рождеством!*

Пройдет совсем немного времени, и мы откроем новую страницу календаря, останется позади 2018 год. Этот праздник каждый из нас ждет с особым волнением, он наполнен атмосферой счастья, радости и гармонии, ожиданием чуда и светлых перемен.

Традиционно мы подводим итоги и строим планы на будущее.

Уходящий год был непростым, но нам удалось добиться поставленных задач. Мы продолжаем внедрять новую модель поликлиники на основе бережливого производства, уделяем внимание укреплению материально-технической базы медицинских учреждений. Из крупных объектов заработал перинатальный центр в Норильске, в вашей больнице открылся новый хирургический корпус, оснащенный современным оборудованием, – его достоинства вы уже успели оценить. Такие возможности позволят оказывать качественную медицинскую помощь не только жителям Красноярска и края. Впереди нас ждет большое спортивное событие: Всемирная универсиада молодежи и студентов, и я уверен, что если потребуются, в стенах БСМП окажут медицинскую помощь на высоком профессиональном уровне.

Врачи, работающие в БСМП, осваивают и внедряют новые технологии, неутомимая энергия среднего медицинского персонала в сочетании с высокой компетенцией дарят пациентам надежду, помогают легче переносить боль и страдание, обрести здоровье и жизненные силы.

В канун этого замечательного праздника я хотел бы поблагодарить сотрудников больницы, которые не покладая рук работают, чтобы сохранить человеческие жизни. Пусть наступающий 2019 год станет для вашей команды успешным и счастливым, будет богат радостными и добрыми событиями.

С Новым годом!

—поздравления—



С.В. Козаченко
Директор Территориального фонда ОМС
Красноярского края

*Уважаемые
медицинские работники!*

*От имени Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Красноярского края и
от себя лично поздравляю вас
с наступающим Новым годом
и Рождеством!*

Этот праздник всегда открывает новую страницу в судьбе каждого человека. Для БСМП следующий год особенный – больница определена как базовый госпиталь по оказанию медицинской помощи спортсменам и гостям Всемирной зимней универсиады. Это совершенно новый опыт для клиники, и я уверен, что эта очередная страница будет достойно вписана в историю одного из крупных многопрофильных стационаров Красноярского края.

Пусть 2019 год станет для нас плодотворным в вопросах повышения качества оказываемой медицинской помощи и нас с вами ждут только позитивные изменения в отрасли.

Желаю вам новых свершений и достижения намеченных целей, воплощения в жизнь ваших надежд и заветной мечты!

Ваша работа дает возможность успешно решать проблемы здравоохранения и дарить нашим пациентам великое счастье – быть здоровыми!

—поздравления—



С.В. Еремин
Глава города Красноярск

*Уважаемые
работники Красноярской
межрайонной клинической
больницы скорой медицинской
помощи имени Н.С. Карповича!
Поздравляю вас с наступающим
2019 годом!*

Сегодня Красноярск активно готовится к проведению масштабного спортивного события – XXIX Всемирной зимней универсиады. Это еще один стимул, который уже сейчас выводит город на новый уровень развития. Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи определена как клиническая база для обеспечения медицинской помощью участников и гостей Всемирной зимней универсиады 2019 года. Знаю, что в больнице была проведена масштабная реконструкция, построен хирургический корпус с приемно-диагностическим отделением. Операционные оснащены современным оборудованием. Новый корпус позволит оказывать экстренную хирургическую помощь не только спортсменам и гостям универсиады, но и всем жителям Красноярск, увеличится количество проводимых операций. Открытие хирургического корпуса стало отличным подарком всему коллективу к 45-летию больницы! Желаю, чтобы в ближайшем будущем больница развивалась столь же успешно, сохранила свой высокий статус и была преобразована в крупнейший в Сибирском федеральном округе медицинский центр, оснащенный по последнему слову техники.

В Новый год мы по традиции желаем друг другу крепкого сибирского здоровья. Я хочу продолжить это пожелание: если вдруг здоровье красноярцев подвело, пусть им оказывают помощь только настоящие профессионалы! Такие, как вы, уважаемые сотрудники больницы! Не зря говорят: «В медицине главным лекарством является сам врач». Главное богатство любого учреждения – это его сотрудники, профессионалы с золотыми руками и добрыми сердцами. Я хочу поблагодарить каждого из вас за преданность своему делу! Ваша работа – очень важный вклад в развитие Красноярск.

Желаю вам профессиональных успехов, благодарных пациентов, добра и благополучия! Счастья и удачи вам!

С Новым годом!

поздравления



А.Б. Коган
Главный врач

Уважаемые коллеги! Друзья!

*От всей души поздравляю вас
с наступающим Новым годом
и Рождеством!*

*Надеюсь, что 2018 год
запомнится вам только добрыми
событиями.*

В свой 45-летний юбилей, который наша больница отметила в этом году, БСМП вступила в новый этап развития – открылся новый хирургический корпус, это значит, что для врачей клиники открываются новые возможности проявить свой профессионализм, для пациентов – возможность получать медицинскую помощь на современном мировом уровне в своем родном городе.

Мы прилагаем все усилия, для того чтобы жители Красноярска и края, те, кто обращаются к нам, получили качественную высокотехнологичную помощь по профилям сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, ортопедии. В уходящем году мы провели колоссальную работу. Выполнили более 16 тысяч операций. Часть из них уникальна в медицинской практике. Проведено несколько десятков тысяч диагностических исследований. В больницу за медицинской помощью обратились свыше 75 тысяч человек.

Наши врачи становились участниками конференций и съездов Всероссийского и международного уровней, четверо врачей БСМП в рамках краевого проекта зарубежных стажировок прошли обучение в Германии. И в следующем году мы будем продолжать нашу работу по всем направлениям.

Новый год – особый праздник. Он связан с новыми планами, надеждами, исполнением желаний, верой в волшебство и чудеса. А еще – с теплой семейной атмосферой, вниманием и заботой, радостными встречами в кругу родных и друзей. Пусть Новый год принесет вам счастье, подарит энергию, хорошее настроение, благополучие и веру в добро!

Мы с оптимизмом смотрим в будущее и вступаем в Новый 2019 год с новыми планами, с уверенностью в своих силах, огромным желанием помочь многим и многим людям – тем, кто нуждается в нашей помощи.

Желаю вам крепкого здоровья! Берегите себя и своих близких!

содержание

стр. 11
новости

стр. 18
актуальное интервью
ШАГ В БУДУЩЕЕ. РАЗВИТИЕ БОЛЬНИЦЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

стр. 22
наука и практика
ПЕРИКАРДИОЦЕНТЕЗ С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ. ЭХО- или РЕНТГЕНОСКОПИЯ?

стр. 26
наука и практика
АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ КГБУЗ «КМКБСМП»

стр. 31
наука и практика
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ
ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ

стр. 34
наука и практика
ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

стр. 36
наука и практика
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КГБУЗ «ЕМЕЛЬЯНОВСКАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

стр. 39
наука и практика
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ И
СТЕРЛИТОГРАФИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТА С ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМой НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

стр. 44
наука и практика
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

стр. 54
случай из практики
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО КАК ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

стр. 56
случай из практики
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЗАКРЫТЫМ РАЗРЫВОМ
ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

стр. 58
случай из практики
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО
СИНДРОМА I -ГО ТИПА

стр. 61
из истории одного отделения
НАШ ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК

стр. 67
золотой фонд БСМП
ЛЮДМИЛА КОНСТАНТИНОВНА ОРЛОВА

стр. 70
золотой фонд БСМП
BIS DAT, QUI CITO DAT (ДВАЖДЫ ПОМОГ – КТО БЫСТРО ПОМОГ)

стр. 78
от всей души
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:
Сидорова И.В.
тел. 89135331965.

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.
Декабрь 2018 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

— знаменательные даты —

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

Войтович Михаил Юрьевич,
заведующий отделением, врач-хирург,
хирургическое отделение № 2

Глуховская Наталья Васильевна,
младшая медицинская сестра по уходу за больными,
палата реанимации и интенсивной терапии

Засухина Валентина Васильевна,
буфетчица-раздатчица,
инфекционное отделение № 2

Качаев Анатолий Александрович,
лифтер,
отдел главного механика и энергетической службы

Куликов Борис Евгеньевич,
врач-хирург,
операционный блок

Непомнящая Минчулу Салимовна,
медицинская сестра процедурной,
кабинет рентгеноударно-волновой дистанционной
литотрипсии урологического отделения

Поплыкина Галина Александровна,
кастеляниша,
отделение реанимации и интенсивной терапии № 5

Решетов Роман Дмитриевич,
слесарь-сантехник,
отдел главного механика и энергетической службы

Хохрина Светлана Геннадьевна,
бухгалтер,
ПКУ 7.3, бухгалтерия

Шамраев Сергей Владимирович,
врач анестезиолог-реаниматолог,
отделение анестезиологии-реанимации

Аверьянова Людмила Ивановна,
рентгенолаборант,
рентгенологическое отделение

Артюх Наталья Ивановна,
врач-физиотерапевт,
физиотерапевтическое отделение

Вильский Владислав Вениаминович,
сторож (вахтер),
административно-хозяйственный отдел

Джалилова Наталья Хусенбаевна,
старшая медицинская сестра,
урологическое отделение

Дроженко Валентина Дмитриевна,
лаборант,
клинико-диагностическая лаборатория

Ефремова Вера Анатольевна,
врач-физиотерапевт,
физиотерапевтическое отделение

Маслов Сергей Геннадьевич,
заместитель главного врача по хирургии

Медведева Ирина Ивановна,
врач-нейрохирург,
нейрохирургическое отделение

Монгуш Саяна Камыскаевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое отделение № 2

Одинцова Марина Николаевна,
врач-уролог, урологическое отделение

Окунев Александр Сергеевич,
ведущий инженер-электроник,
технический отдел

Федотова Татьяна Михайловна,
фельдшер-лаборант,
клинико-диагностическая лаборатория

Ажиев Ажинияз Уббиниязович,
медицинский брат-анестезист,
отделение анестезиологии-реанимации

Александрова Валентина Геннадьевна,
медицинская сестра палатная (постовая),
хирургическое стоматологическое отделение

Андреева Ольга Николаевна,
секретарь руководителя,
общий отдел

Грицан Галина Викторовна,
врач анестезиолог-реаниматолог,
отделение реанимации
и интенсивной терапии № 5

— знаменательные даты —

Дамбаа Айдана Докун-ооловна,
санитарка,
эндокринологическое отделение

Желтикова Надежда Павловна,
уборщик служебных помещений,
клинико-диагностическая лаборатория

Калинина Любовь Николаевна,
кухонный рабочий, пищеблок

Кнырик Евгений Викторович,
уборщик служебных помещений,
приемное отделение

Лыков Валерий Витальевич,
врач-оториноларинголог,
нейрохирургическое отделение

Макаров Алексей Николаевич,
электромонтер по ремонту и обслуживанию
электрооборудования, отдел главного механика
и энергетической службы

Маслова Любовь Александровна,
медицинская сестра палатная (постовая),
нейрохирургическое отделение

Провалинский Владимир Юрьевич,
газосварщик,
отдел главного механика и энергетической службы

Романенко Татьяна Анатольевна,
уборщик служебных помещений,
общежитие

Рослякова Елена Николаевна,
старшая медицинская сестра,
хирургическое отделение №3

Руднева Татьяна Алексеевна,
врач анестезиолог-реаниматолог,
отделение реанимации
и интенсивной терапии № 1

Сладкова Вероника Станиславовна,
медицинская сестра палатная
(постовая),
травматологическое отделение № 1

Степанова Алла Эдуардовна,
повар, пищеблок

Усик Любовь Георгиевна,
врач-терапевт приемного отделения

Фёклина Надежда Ивановна,
врач-рентгенолог,
рентгенологическое отделение

Фролова Нина Васильевна,
уборщик служебных помещений,
отдел профилактической дезинфекции

Чехович Людмила Васильевна,
лифтер,
отдел главного механика и энергетической службы

Шильдина Галина Ивановна,
медицинская сестра приемного отделения,
приемное отделение

Юшкова Ольга Григорьевна,
санитарка,
патологоанатомическое отделение

Терехов Геннадий Михайлович,
заместитель главного врача по хозяйственным
вопросам



редакционная коллегия



Главный редактор:

А.Б. Коган
Главный врач



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



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



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



С.Г. Маслов
Заместитель главного
врача по хирургии



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



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



И.Г. Юрикова
Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

новости



В БСМП СОСТОЯЛОСЬ ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Коллегия проходила под председательством заместителя председателя Правительства Красноярского края Алексея Подкорытова. В ее работе участвовали специалисты министерства здравоохранения, главные врачи медицинских организаций края, представители муниципальных образований. Тема заседания – «О демографической ситуации и мерах по снижению смертности в Красноярском крае»

В рамках реализации Майских указов Президента определены приоритетные задачи. Для их решения были разработаны 8 одноименных региональных проектов Красноярского края: 6 ведомственных проектов: «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Программа развития детского здравоохранения Красноярского края, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи Красноярского края», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении Красноярского края на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и 2 межведомственных проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание

и отказ от вредных привычек», «Старшее поколение». Защита данных проектов прошла в Минздраве России с утверждением целевых показателей по их реализации.

Для реализации поставленных задач министерством здравоохранения края совместно с главными

внештатными специалистами разработаны и прошли публичное обсуждение региональные планы первоочередных и перспективных мероприятий по снижению смертности населения Красноярского края от основных управляемых причин.

Вот что отметил министр здравоохранения Красноярского края Виталий Денисов: «Для достижения индикаторных показателей по снижению смертности требуется «перезагрузка» в части организации медицинской помощи на всех этапах ее оказания – качественного проведения профилактических осмотров диспансеризации, онкоскрининга, целевых профилактических осмотров, динамического диспансерного наблюдения пациентов как с установленным диагнозом, так и факторами риска, эффективной маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с наиболее значимыми в части демографического влияния заболеваниями и состояниями».

В БСМП СОСТОЯЛСЯ ДЕНЬ ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Продолжением коллегии министерства здравоохранения Красноярского края стал День организатора, в котором участвуют руководители медицинских организаций и заместители главных врачей. На этом совещании были обсуждены 8 региональных проектов.



В рамках реализации федеральных проектов были разработаны и утверждены 8 одноименных региональных проектов Красноярского края: 6 ведомственных («Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Программа развития детского здравоохранения Красноярского края, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи Красноярского края», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении Красноярского края на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами») и 2 межведомственных («Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек») и «Старшее поколение»).

Защита проектов прошла в Минздраве России с утверждением целевых показателей по их реализации. Сегодня на Дне организатора медики обсуждали этапность, ход исполнения, задачи, которые предстоит решать в медицинских организациях.

СПЕЦИАЛИСТЫ БСМП ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В ЮБИЛЕЙНОМ XXV МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ



От КМКБСМП в конгрессе приняли участие заместитель главного врача Сергей Геннадьевич Маслов и заведующий 2-м хирургическим отделением Александр Николаевич Черных. Тема конгресса этого года – «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». Участникам международного мероприятия были представлены более 120 устных и стендовых докладов, более 20 фильмов на видеосессии, проведены сателлитные симпозиумы, обсуждены технические аспекты проведения современных хирургических операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны с использованием малоинвазивных, инновационных и уникаль-

ных технологий. Научная программа конгресса включала все актуальные направления современной гепатопанкреатобилиарной хирургии, в том числе трансплантацию печени.

Сегодня заболевания печени, поджелудочной железы и желчных путей занимают более 30% от всех заболеваний органов пищеварения. Ежегодный конгресс хирургов-гепатологов направлен на поиск новых путей диагностики, лечения и профилактики заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы, улучшения качества оказания помощи населению, а также разработки научно-обоснованных рекомендаций и внедрения новых методов лечения.

В работе конгресса приняли участие более 100 ведущих специалистов в области гепатопанкреатобилиарной хирургии из Японии, Южной Кореи, Индии и стран СНГ, а также свыше 300 врачей-хирургов из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья. Среди участников конгресса был и президент Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ профессор В.А. Вишневский, один из основоположников хирургической гепатологии. Гостями конгресса стали профессор Э.И. Гальперин – почетный президент Ассоциации, первый в мире хирург, осуществивший гетеротопическую трансплантацию левой доли печени, а также профессор А.Ш. Ревизвили – директор Института хирургии им. А.В. Вишневского.

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР КМКБСМП СОСТОЯЛСЯ СЕМИНАР «НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОБРАБОТКЕ ИНСТРУМЕНТАРИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ»

Семинар был организован для медицинских сестер, работающих в больнице. С открытием нового хирургического корпуса в КМКБСМП начало работу централизованное стерилизационное отделение (ЦСО), которое требует определенных новых навыков от сотрудников. ЦСО позволит организовать процесс обработки операционного инструментария в соответствии с современными стандартами. Своим опытом делились коллеги из Новосибирска.

Дорогостоящие многокомпонентные комплексы, которые применяются в БСМП для диагностики и оперативного лечения, требуют особого подхода в обработке инструментария. Согласно рекомендациям разработчиков, оборудование такого уровня сложности предусматривают термическую и паровую обработку, которая по проведенным исследованиям позволит эффективно решать проблему внутрибольничной инфекции.



Новые подходы минимизируют контакт медицинских сестер с дезсредствами и вероятность травматизации при первичной дезинфекции инструментария, что является слагаемым безопасности на рабочем месте. Кроме того, позволит освободить время медицинской сестры для ее прямых обязанностей; уменьшит объем дезсредств, используемых в оперблоке, перевязочных кабинетах, а также минимизирует химическую агрессию современного дорогого хирургического инструментария.

МАССАЖИСТ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП ГЕННАДИЙ КАЗАКОВ СТАЛ УЧАСТНИКОМ II РЕГИОНАЛЬНОГО ЧЕМПИОНАТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ «АБИЛИМПИКС»

Региональный чемпионат профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс» проходил в Красноярске по 23-ти компетенциям. Медицинские работники категории «специалисты» соревновались в компетенции «Массажист». Всего в чемпионате приняли участие 7 специалистов «массажистов»: работники краевых учреждений здравоохранения, негосударственных медицинских организаций. КМКБСМП представлял Геннадий Казаков, который 4-й год работает в больнице массажистом.

Испытания длились два дня. В первый день конкурсанты демонстрировали навыки и умения в модуле «Классический массаж», во второй день – в модуле «Свободный массаж». Каждого участника оценивали по нескольким утвержденным ранее критериям от внешнего вида, этикета, соответствия вида и техники массажа до соблюдения регламента массажа. И так почти по 10 критериям.



Судейские функции осуществляли эксперты – опытные медицинские сестры по массажу, преподаватели по массажу, врачи по лечебной физкультуре под руководством главного эксперта Ольги Андреевны Бушмановой. В числе экспертов была врач БСМП Елена Николаевна Любченко. Все эксперты прошли обучение по программе «Содержательно-методические и технологические основы экспертирования конкурсов профессионального мастерства людей с инвалидностью».

По итогам конкурса Геннадий получил сертификат участника соревнований и высокую оценку специалистов. Все участники были приглашены на мастер-классы, по окончании им была предложена культурная и деловая программы.

«Абилимпикс» – международное некоммерческое движение, целью которого является повышение престижа рабочих профессий и развитие профессионального образования путем гармонизации лучших практик и профессиональных стандартов во всем мире посредством проведения конкурсов профессионального мастерства как в каждой отдельной стране, так и во всем мире в целом. Россия присоединилась к движению в 2014 году по инициативе Фонда поддержки социальных проектов «Образование – обществу», что дало право проводить конкурсы по международным стандартам, правилам и заданиям, а также отправлять российскую команду на международные соревнования.

Движение «Абилимпикс» эффективно меняет отношение общества к трудоустройству людей с инвалидностью, мотивирует государство создавать все необходи-

мые условия для получения доступного образования любого уровня, а также мотивирует самих инвалидов к получению высокой квалификации и хорошей работы.

К участию в конкурсах профессионального мастерства для людей с инвалидностью допускаются граждане Российской Федерации с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья по трем категориям участников соревнований: школьники, студенты и специалисты не старше 65 лет.

В КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА СОСТОЯЛСЯ СЕМИНАР ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ XXIX ВСЕМИРНОЙ ЗИМНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2019 ГОДА В КРАСНОЯРСКЕ



Семинар организован министерством здравоохранения Красноярского края в рамках тестовых мероприятий XXIX Всемирной зимней универсиады, которые сейчас проходят в Красноярске.

Начальник отдела антидопингового обеспечения Универсиады-2019 Максим Веревкин рассказал врачам о медицинских аспектах допинг-контроля при проведении международных спортивных мероприятий. Тема является актуальной, так как врачи должны соблюдать определенные правила при оказании

медицинской помощи спортсменам, участвующим в международных соревнованиях.

Оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи будет осуществляться в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи; лицам, занимающимся спортом, осуществляться в соответствии с общероссийскими антидопинговыми правилами и стандартами. При необходимости применения субстанций, методов, запрещенных для использования в спорте, врачам необходимо использовать процедуру оформления разрешения на терапевтическое использование (ТИ) в соответствии с Международным стандартом по терапевтическому использованию Всемирного антидопингового кодекса.

С учетом оказания медицинской помощи на международных соревнованиях врачам был озвучен целый ряд рекомендаций – от требований к проведению обследования спортсмена, назначения ему препаратов с учетом имеющегося разрешения на ТИ, взаимодействия со спортсменом и тренером до рекомендации «сохранять спокойствие» и даже «ожидать провокаций». Особое внимание лектор уделил заполнению медицинской документации.

Для медицинского обеспечения в период проведения Всемирной универсиады будет привлечено около 900 медицинских работников из учреждений г. Красноярска.

Подобный семинар в преддверии Универсиады для медицинских работников не последний.

КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА ПОСЕТИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ФЕДЕРАЦИЙ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА

Зарубежные коллеги, два доктора из США и Великобритании, приехали посмотреть клинику, которая определена как один из базовых госпиталей по оказанию медицинской помощи спортсменам и гостям Универсиады.



Микаэль Кармонт и Рональд Ольсен подъехали к новому хирургическому корпусу, где сейчас размещается приемное отделение, и прошли по маршруту пациента. Гости отметили удачную конструкцию здания. Новый хирургический корпус построен с учетом той логистики, которая позволяет минимизировать время оказания помощи экстренным больным.

Докторам показали реанимационный зал, оснащенный всем необходимым оборудованием для проведения реанимационных мероприятий, расположенный напротив кабинета компьютерной томографии. Гости провели в операционные. Зарубежные специалисты со знанием дела отметили близкое расположение диагностического оборудования к операционным – в клиниках, где они работают, диагностическое оборудование находится на удалении, «пациента приходится возить по длинным коридорам». Также гости побывали в одном из пяти реанимационных отделений больницы. В основном корпусе медицинским экспертам Универсиады показали палаты, отметив, что в настоящий момент 10 отделений находятся в ремонте, который планируют завершить к концу года.

Из организационных моментов, в том числе, гости оценили отношение сотрудников к порядку и не раз по пути следования отметили, что в больнице «очень чисто».

Представители Федерации студенческого спорта дали высокую оценку готовности клиники к мероприятию. Доктора взаимно пожелали друг другу удачи, выразив надежду, что соревнования для спортсменов и гостей Универсиады пройдут без травм и болезней.

НА БАЗЕ КМКБСМП СОСТОЯЛАСЬ ДВУХДНЕВНАЯ СЕССИЯ «ВНУТРЕННИЕ РИСКИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ XXIX ВСЕМИРНОЙ ЗИМНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ В Г. КРАСНОЯРСКЕ»

Мероприятие организовано министерством здравоохранения Красноярского края. На сессию были приглашены врачи-инфекционисты, эпидемиологи, педиатры и терапевты медицинских организаций Красноярска и края, также участвуют специалисты и руководители Иркутского научно-исследовательского противочумного института, Дальневосточного регионального научно-методического Центра изучения

ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ТЮМЕНСКОГО НИИ КРАЕВОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ.

Врачи проходят подготовку к большому спортивному событию. В период проведения массовых мероприятий резко возрастает вероятность завоза различных, в том числе особо опасных, инфекционных заболеваний. В Россию и в наш край регулярно завозят случаи кори, малярии, лихорадки Денге, кишечных инфекций различной этиологии и других инфекционных заболеваний, и только своевременная диагностика и грамотное проведение противоэпидемических мероприятий позволяют избежать их масштабного распространения. Поэтому в план мероприятий по подготовке к Универсиаде включена эта конференция. В своих выступлениях ведущие специалисты затронули темы, касающиеся наиболее вероятных внутренних и внешних инфекционных рисков. Было отмечено, что в преддверии Универсиады важнейшим является подготовка медицинских кадров.

НЕВРОЛОГИ И КАРДИОЛОГИ БСМП ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В III ГОРОДСКОМ ДНЕ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ



Ставшее ежегодным мероприятие проходило в Доме кино и было приурочено ко Всемирному дню борьбы с инсультом.

Вместе со своими коллегами из Краевой клинической больницы, Красноярской межрайонной клинической больницы №20 врачи давали консультацию всем желающим. Цель мероприятия – помочь обратившимся узнать, есть ли у них риск развития сосудистой патологии, что должно насторожить и что делать при подозрении на инсульт, как помочь другому человеку. Пришедшие смогли получить консультацию о мерах профилактики сосудистых катастроф, а также индивидуальные консультации специалистов ведущих красноярских клиник. Пять врачей БСМП проконсультировали около 70 человек. Специалисты отмечают, что ежегодная акция имеет у горожан высокий интерес.

50 РЕБЯТ ПРОШЛИ «ШКОЛУ МЕДИЦИНСКОГО ДОБРОВОЛЬЧЕСТВА» НА БАЗЕ КМКБСМП



Указом Президента России 2018 год объявлен Годом добровольца (волонтера). БСМП четыре года назад вошла в число медицинских организаций Красноярского края, ставших пилотной площадкой «Школы медицинского добровольчества». За это время в больнице 50 ребят попробовали себя в качестве волонтеров.

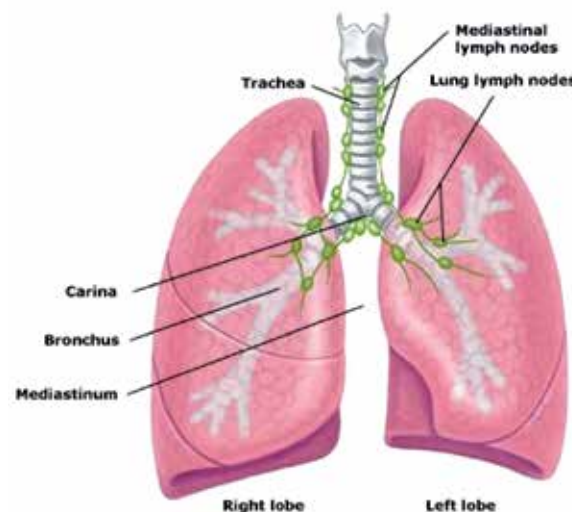
В учреждении сформировалась группа наставников волонтеров из числа руководителей сестринских служб, которые помогают ребятам адаптироваться в коллективе, знакомят с особенностями взаимодействия внутри стационара. «Для нас это «дополнительные руки», которых всегда не хватает, – отмечает заместитель главного врача по сестринской работе Татьяна Зимина, курирующая волонтерское направление в больнице. – Ребята, которые планируют поступление в медицинский вуз, не просто получают новые знания, они становятся более конкурентоспособными и профориентированными».

В БСМП существуют две категории волонтеров: с медицинским и не медицинским образованием. Любопытный факт: в больницу в «Школу медицинского добровольчества» также приходят ребята, которые в последующем не планируют связывать свою судьбу с медициной, они просто приходят с желанием помочь.

Сейчас в больнице 5 волонтеров, все они – школьники выпускных классов.

Медицинское добровольчество дает возможность ребятам повысить личные компетенции и навыки, приобрести полезные контакты, почувствовать себя членом команды профессионалов. Из успешного молодежного «стартапа» волонтеры-медики превратились в огромную федеральную организацию, которая существует теперь в каждом регионе и взаимодействует со всеми медицинскими вузами, с сотнями больниц и объединяет тысячи добровольцев. Очень приятно осознавать, что БСМП стала пилотной площадкой «Школы медицинского добровольчества» еще в 2014 году. Для нас это важное и нужное дело!

УШИВАНИЕ РАЗРЫВА МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ ТРАХЕИ – РЕДКУЮ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ОПЕРАЦИЮ ПРОВЕЛИ ХИРУРГИ КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА



С сочетанной травмой после ДТП в реанимационное отделение БСМП поступила молодая женщина. У пациентки нарастала подкожная эмфизема (скопление воздуха под кожей) в области грудной клетки, шеи, лица. Такое явление характерно при повреждении легкого или воздухоносных путей.

Врачам важно было определить место разрыва, откуда попадает воздух под кожу. Была проведена компьютерная томография, на которой выявлена эмфизема средостения, то есть воздух выходил не только под кожу, а также в грудную полость. Бронхоскопия позволила врачам найти причину: продольный разрыв в грудном отделе трахеи в мембранозной части размером 5 на 1 см на расстоянии 1,5 см от

карины (чуть выше расхождения бронхов). Разрыв сопровождался размождением краев ткани и образованием гематомы средостения в месте разрыва, что, как правило, дает неблагоприятный прогноз заживления швов.

Пациентке была выполнена экстренная операция – торакотомия справа, ушивание разрыва трахеи, дренирование плевральной полости.

«Такие травмы несут как прямую угрозу жизни, так и угрозу развития фатальных осложнений (медиастенит), – отмечает хирург Андрей Мунин. – Операцию, которую мы провели, описывают в медицинской литературе, но на практике с такими случаями врачи сталкиваются крайне редко. В нашей больнице подобную операцию не проводили, наверное, больше 10 лет, это точно».

Послеоперационный период протекал благоприятно, легкое расправилось, через неделю пациентка была переведена на самостоятельное дыхание, дренажи удалены. В настоящий момент она продолжает лечение

СПЕЦИАЛИСТЫ БСМП ПОБЫВАЛИ НА СТАЖИРОВКЕ В ГЕРМАНИИ

Четыре специалиста КМКБСМП им. Н.С. Карповича: рентген-хирург Дмитрий Черных, врач-невролог, заведующая отделением неврологии Мария Позднякова, анестезиолог Олег Корольков, врач лучевой диагностики Александра Кривцова – вместе со специалистами других красноярских клиник прошли стажировку в Германии, в городе Аахен. Это стало возможным благодаря закону о единовременных выплатах работникам на стажировки за рубежом.

Четыре недели – ровно столько длилась стажировка для красноярских медиков в Университетской клинике в отделе диагностической и интервенционной нейрорадиологии по направлению «Эндоваскулярное лечение при остром ишемическом инсульте».

Врачи увидели, как лечат больных с ишемическим инсультом немецкие коллеги от начала поступления и на всех последующих этапах. Каждый рабочий день был насыщен разборами клинических случаев, просмотрами значительного количества КТ и МРТ снимков, наблюдением за работой в рентген-хирургической операционной. Рентген-хирурги практиковались на биологическом материале в animal lab, анестезиологи посещали Intensivecareunit (нейро-реанимационное отделение), неврологи же смогли побывать в strokeunit (отделение лечения инсультов).



Также в обучение была включена теоретическая часть, медики из Сибири прослушали цикл лекций.

В немецкой клинике красноярские врачи познакомились с современными тенденциями в области эндоваскулярного лечения острого ишемического инсульта; специалисты по рентген-эндоваскулярным методам диагностики и лечения – с техникой выполнения тромбэкстракции из сосудов головного мозга с применением современных устройств и инструментов; врачи лучевой диагностики – с особенностями выполнения и интерпретации результатов КТ и МРТ методов исследования головного мозга; неврологи прошли обучение алгоритму диагностики и ведения пациентов. Состоялось обучение специалистов командному подходу для оптимизации междисциплинарного взаимодействия при ведении пациентов с острым ишемическим инсультом.

Как отмечают врачи, полученные знания без особых сложностей можно будет применить для лечения пациентов в клиниках Красноярска.

— актуальное интервью —

Аркадий КОГАН: «ШАГ В БУДУЩЕЕ. РАЗВИТИЕ БОЛЬНИЦЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ»



А.Б. Коган
Главный врач
КГБУЗ «КМК БСМП
им. Н.С. Карповича»

— Аркадий Борисович, заканчивается 2018 год. Для больницы он дважды стал знаковым: БСМП отметила 45 лет, открылся новый хирургический корпус, и все это на пороге 2019 года, наверное, не менее сложного и значимого. Мы принимаем Всемирную зимнюю универсиаду молодежи и студентов. Многопрофильная БСМП будет оказывать медицинскую помощь спортсменам и гостям, приехавшим из разных уголков мира. Не волнительно?

— Сказать, что не волнительно, — слукавить. Но больница подготовлена, наши специалисты знают и умеют оказывать квалифицированную медицинскую помощь. Все 45 лет БСМП стоит на страже здоровья горожан, и это не громкая фраза. 365 дней в году в круглосуточном режиме мы оказываем помощь всем, кто к нам обратился по экстренным показаниям или планово. Неформально нам и титул присвоили — «самая народная больница», поэтому работа, которая нам предстоит, не просто знакома — она ничем не отличается от нашей ежедневной.

— 45 лет назад, когда была основана больница, она строилась под решение задач того времени, какой она стала сейчас?

— Все эти годы у нас была главная задача — оказывать необходимую медицинскую помощь всем, кто к нам обращается. За 45 лет задача не изменилась, что касается технологических моментов, то клиника развивается, и сейчас, уверен, она не хуже столичных. Этого требует время, иное качество помощи желают получать пациенты. Плюс ко всему я с удовлетворением могу сказать, в БСМП сложилась команда профессионалов, которые заинтересованы в освоении новых технологий, в применении современных методов лечения, и я, как главный врач, своих коллег в этом всячески поддерживаю.

Для примера: семь лет назад, в 2011 году, на момент организации в больнице сосудистого центра летальность от острого нарушения мозгового кровоснабжения (ОНМК) составляла 46,7%, от острого инфаркта миокарда (ОИМ) — 23,3%.

Для решения вопроса в БСМП совместно с министерством здравоохранения Красноярского края, региональным сосудистым центром были внедрены организационные и лечебные мероприятия, используется высокотехнологичное медицинское оборудование. С недавних пор при лечении пациентов с ишемическим инсультом внедрен новый высокотехнологичный метод лечения

— актуальное интервью —



«bridging-терапия», включающий комбинированное вмешательство: тромболизис и тромбэкстракцию. Такой вид комплексного вмешательства в Красноярском крае проводится только в Краевой клинической больнице, у нас и в КМКБ №20.

Сегодня целевой показатель летальности при остром коронарном синдроме определен: 4,5%. За 9 месяцев 2018 года в нашей больнице он составил 3,1%; при остром инфаркте миокарда целевой показатель 9,5%, за 9 месяцев 2018 года — 6,6% (уменьшение за 5 лет в 3,5 раза); при ишемическом инсульте — 14%, за 9 месяцев 2018 года — 8,6% (уменьшение в течение 5 лет в 2,2 раза); при геморрагическом инсульте — 40%, за 9 месяцев 2018 — 41% (впервые за 5 лет зафиксированное снижение в 1,1 раза).

— Одно из приоритетных направлений, включенных майские указы Президента уже 2018 года снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Работа, таким образом, продолжается. Известно, что врачи БСМП тоже знакомы с опытом коллег за рубежом, как раз для работы в этом направлении.

— Да, по поручению губернатора Александра Викторовича Усса был разработан и принят Законодательным Собранием закон о единовременных выплатах работникам для стажировок за рубежом. Такое решение принято для совершенствования оказания специализированной медицинской помощи на территории края. Четыре доктора нашей больницы смогли попасть в эту программу и в течение месяца учились в Германии, в Университетской клинике города Аахена по направлению «Эндоваскулярное лечение при остром ишемическом инсульте». Так что имеющаяся база в БСМП и те знания, опыт, которые приобрели наши доктора, — всё должно пойти на пользу пациентам.

Новое приемное отделение.

актуальное интервью

Эндоскопическая
операция.



В БСМП сложилась команда профессионалов, которые заинтересованы в освоении новых технологий, в применении современных методов лечения, и я, как главный врач, своих коллег в этом поддерживаю.

– **Аркадий Борисович, что сейчас значимого происходит в больнице. Появился новый хирургический корпус, его построили к Универсиаде, он как-то изменит работу больницы?**

– Безусловно. Мы уже ощутили изменения. С началом работы хирургического корпуса, нового приемного отделения изменилась, точнее усовершенствована, логистика госпитализаций. Это сокращает драгоценное время для оказания помощи экстренным больным.

Когда к нам осенью приезжали представители Федерации студенческого спорта, они отметили удобство расположения диагностических кабинетов рядом с операционными. Еще очень важно: сейчас у нас разделены потоки пациентов на плановую и экстренную госпитализации.

Новый корпус позволил открыть два дополнительных отделения реанимации, расширить функционал центра анестезиологии комплексным лечением острого и хронического болевого синдрома (центр боли), выходом пациентов из наркоза в палатах пробуждения.

актуальное интервью



Но, я бы отметил, что в момент проведения Универсиады мы не только будем принимать спортсменов и гостей универсиады, также горожан, которые будут нуждаться в медицинской помощи. Так что никто нас от нашей основной работы не освобождает.

– **Ресурса хватает?**

– Да, уже разработаны порядки как мы будем работать в период Универсиады. Я думаю все получится. Ведь ежедневно в больницу обращаются до 250 человек по разным поводам. Когда хирургический корпус отработал 100 дней, мы посчитали: за это время зарегистрировано 21 326 обращений, выполнено 4322 операции, из них по экстренным показаниям 3035... Это обычные цифры для нашей больницы, как говорится, штатный режим работы. И то, что делает коллектив БСМП, у меня, как у главного врача, вызывает восхищение.

И все-таки мы надеемся, что Универсиада для спортсменов будет спортивным праздником, а травм и болезней будет как можно меньше.

– **Получается, в больнице на сегодня есть всё: новый хирургический корпус построен, отделения отремонтированы, приобретено современное оборудование... Можно спокойно работать.**

– Всегда есть над чем работать! Сейчас решаем проблемы реорганизации лечебного питания – необходимо строительство нового пищеблока, требуется реконструкция подземных переходов, дополнительное здание инфекционного корпуса, соответствующего требованиям, предъявляемым при оказании помощи больным с особо опасными инфекциями, новый лечебно-диагностический корпус... Подготовка и переподготовка кадров, а эта работа вообще бесконечная. Так что куда двигаться дальше – курс понятен.

– **Аркадий Борисович, что бы Вы пожелали коллективу больницы в преддверии Нового года?**

– Верить в себя, не останавливаться на достигнутом, продолжать расти профессионально и помнить, что в БСМП работает настоящая команда. Сил, профессиональной удачи и самое главное – здоровья вам, вашим родным и близким. Впереди 2019 год... Пойдемте работать.

*Учёба в Германии.
Идет тромбэкстракция.
Красноярские врачи следят
за вмешательством
из пультовой.
Университетская клиника,
г. Аахен.*

ПЕРИКАРДИОЦЕНТЕЗ С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ. ЭХО- ИЛИ РЕНТГЕНОСКОПИЯ?



А.В. Беспалов

АВТОРЫ

А.В. Беспалов¹, А.Л. Кузнецов¹,
Е.П. Константинов¹, Д.А. Черных¹,
Р.Ю. Чикинев¹, Г.В. Грицан¹,
Н.В. Аксюткина^{2,3}.

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

2. ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

3. КГБУЗ «КМК больница № 20
им. И.С. Берзона»

Введение

Известно, что в полости перикарда находится 20-40 мл жидкости, являющейся ультрафильтратом плазмы, которая обеспечивает физиологическую подвижность мышцы сердца при сокращениях. Тампонада сердца — это опасное для жизни состояние, характеризующееся накоплением жидкости в перикарде за счет крови, экссудата или транссудата. При быстром накоплении клинические проявления будут уже при 250 мл, а при 500 мл наступает остановка сердца. Медленное поступление жидкости позволяет перикарду адаптироваться, растянуться и вместить до 1-2 л выпота, без критических нарушений в работе миокарда [1-3].

На протяжении XX века дренирование полости перикарда выполнялось исключительно на основе анатомических ориентиров, вследствие чего был высокий показатель осложнений (50%) и смертности (6%) [4].

В настоящее время перикардиоцентез преимущественно выполняется под контролем дополнительных методов визуализации, включающих эхокардиоскопию, рентгеноскопию, компьютерную томографию (КТ) [5-8]. Если в медицинском учреждении вышеперечисленные методы недоступны, перикардиоцентез проводится исключительно на основе анатомических ориентиров. Данный, так называемый «слепой», перикардиоцентез может привести к травме сердца и окружающих его структур [9].

Анализ результатов исследования, сравнивающего различные методики «слепого» дренирования перикарда, в котором использовалось моделирование 13 способов дренирования по томограммам пациентов с 2005 по 2016 гг. в больнице города Вюрцбурга, выявил значительные различия в показателях успеха и осложнений между аналитическими методами пункции (показатель успеха без травм смежных структур — от 35% до 83%, уровень осложнений — от 5% до 31%). Наивысший уровень успеха был достигнут, при моделировании пункция полости перикарда в точке Ларрея с иглой, направленной к левому плече-

вому суставу под углом 300 по вертикали. Несмотря на большой процент успеха этой методики, процент осложнений остается высоким, а сами осложнения грозные и чаще всего требуют оперативного вмешательства. Среди осложнений наблюдались: пневмоторакс, аритмии, воздушная эмболия, а также пункция брюшной полости или органов брюшной полости. Редко сообщалось о фистулах внутренней грудной артерии, остром отеке легких и гнойном перикардите. Наиболее серьезные осложнения — разрыв и перфорация миокарда и коронарной артерии. Это опасные для жизни состояния, имеющие большой процент летальности в учреждениях без кардиохирургической службы ввиду необходимости экстренного хирургического вмешательства [10].

По результатам последних исследований, процедура становится более безопасной при эхокардиоскопическом или рентгеноскопическом контроле. В исследовании канадского доктора М. Chetrit при перикардиоцентезе с эхокардиоскопическим контролем возникали следующие осложнения: перфорация сердца в 0,08 — 1,5% случаев, серьезные аритмии — 0,08 — 5,0%, артериальные кровотечения — 0,6%, пневмоторакс — 0,4%, инфекции — 0,08%, вагусные реакции — до 5,0%. По данным профессора И.С. Явелова, дренирование перикарда под рентгеноскопией имеет следующий процент осложнений: перфорация сердца в 0,9% случаев, серьезные аритмии в 0,6%, артериальные кровотечения в 1,1%, пневмоторакс в 0,6%, инфекция в 0,3%, вагусные реакции в 0,3%. Частота серьезных осложнений значительно снижается при использовании феномена «нимба» эпикарда при рентгеноскопии [11-13].

Учитывая возможные жизнеугрожающие осложнения данного вмешательства, отсутствие в структуре больницы кардиохирургического отделения, мы задались целью: посредством анализа всех случаев перикардиоцентеза, проведенных в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» заключить в правильности выбора методики пункции полости перикарда и метода ее визуализации.

Материалы и методы. В КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» за период с января 2017 г. по ноябрь 2018 г. было проведено дренирование полости перикарда у 27 пациентов в возрасте от 30 до 84 лет. Медиана возраста составила 65 лет [55,29;69,30]. Причиной перикардита и, как следствие, тампонады сердца явились: неопластический процесс у 14 (51,9%) пациентов, септический у 7 (25,9%) пациентов, травматический у 6 (22,2%) пациентов.

Показанием к проведению перикардиоцентеза при перикардальном выпоте и нарастающей тампонаде сердца были:

— клинические признаки: психомоторное возбуждение, заторможенность или сонор, приглушение тонов

сердца, одышка, боль в груди, слабость, тахипноэ, тахикардия, парадоксальный пульс;

— лабораторно-инструментальные данные: повышение центрального венозного давления (ЦВД), гипотензия, изменения на ЭКГ (низкая амплитуда комплекса QRS, уплощенные или отрицательные зубцы Т, при большом объеме выпота — полная электрическая альтернация зубцов Р и Т и комплекса QRS) и эхокардиография (перикардальный выпот, диастолическое спадение правого предсердия, раннее диастолическое спадение правого желудочка, расширение нижней полой вены).

После эхокардиографического исследования и выбора метода пункции у 8 пациентов (29,6%) перикардиоцентез проведен под эхокардиографическим контролем, у 19 (70,4%) — под рентген - контролем.

Количество удаленного перикардального выпота за 1 пункцию составляло от 80 до 300 мл. Удаление выпота выполнялось дробно, что способствовало предотвращению развития после декомпрессии сердца правожелудочковой недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка.

Результаты

Всем больным с целью диагностики тампонады сердца и выбора методики пункции полости перикарда выполнена эхокардиография. При проведении перикардиоцентеза технических трудностей не возникало.

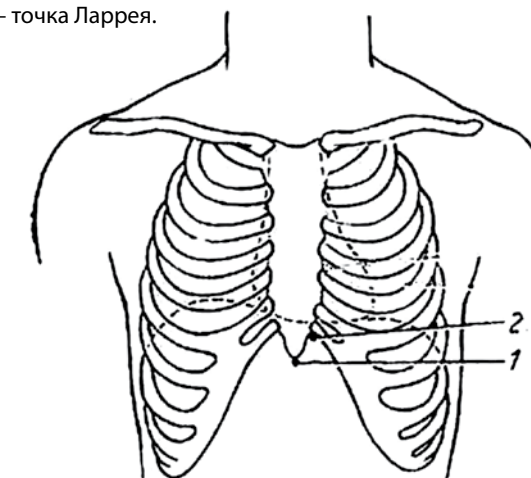
У 25 (91,7%) пациентов применялась методика пункции полости перикарда по Ларрею, у 2 (8,3%) пациентов пункция проводилась по методике Морфана ввиду смещения средостения по данным КТ (травматический гемоперикард), (рисунок 1).

Рис. 1.

Точки пункции полости перикарда.

1 — точка Морфана.

2 — точка Ларрея.



У 19 (70,4%) пациентов пункция проводилась в условиях ангио-операционной под рентгеноскопией, (рисунок 2).

Учитывая тяжесть состояния, не транспортабельность больных, у 8 (29,6%) пациентов перикардицентез осуществлялся в отделении реанимации и интенсивной терапии под контролем эхокардиографии, (рисунок 3).

Рис. 2.
Введение контрастного вещества в полость перикарда.

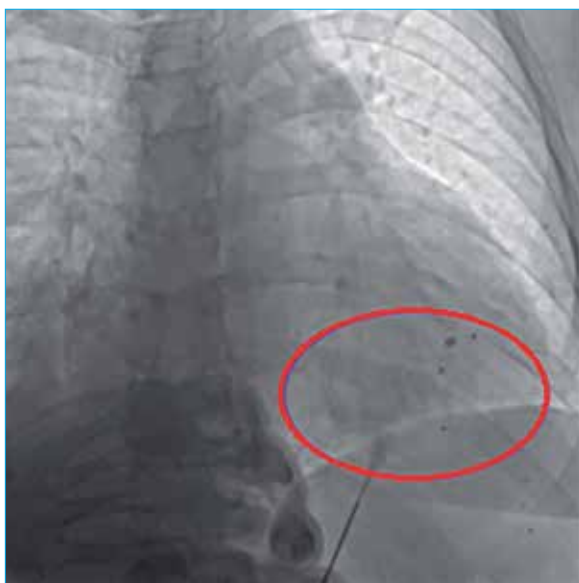
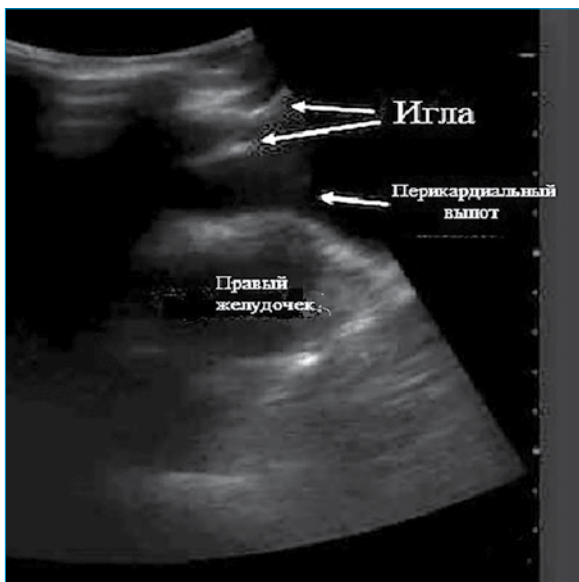


Рис. 3.
Пункция полости перикарда под контролем эхокардиографии.



После дренирования перикарда в первые сутки всем больным проводился эхокардиографический контроль с целью исключения признаков сдавления, диагностики количества выпота. Осложнений дренирования перикарда, описанных в литературе, в интраоперационном и постоперационном периоде не наблюдалось.

Обсуждение результатов

Существуют различные методы дополнительной визуализации при перикардицентезе, которые способствуют высокой эффективности и низкому уровню осложнений. По литературным данным и учитывая собственный опыт, эхокардиографический подход является обязательным для диагностики и выбора метода дренирования перикарда, так как он имеет ряд несомненных преимуществ. Эхокардиография представляет собой не инвазивный метод установления наличия эффузивного перикардиального заболевания. Это простой и быстрый метод для оценки влияния перикардиального выпота на гемодинамику. Учитывая мобильность метода, он может выполняться при экстренных ситуациях. Рентгеноскопический подход может быть очень полезным при перикардицентезе во время интервенционных процедур в катетеризационной лаборатории. У транспортабельных больных этот подход также нашел свое применение ввиду выполнения всей процедуры одним специалистом. На сегодняшний день исследований, сравнивающих разные методы дополнительной визуализации при дренировании перикарда недостаточно, проведены они были в разные годы. Нет единого мнения о преимуществах какого-либо одного метода.

Клинический случай: пациент 58 лет, доставлен в ОРИТ №5 КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» 26.08.2018 скорой помощью. Диагностирована сочетанная травма, двойной перелом грудины со смещением, фрагментированный перелом 3 ребра справа, перелом 2, 4, 5, 6 ребер слева без смещения, с нарушением каркасности и флотированием патологического травматического «окна», ушиб правого легкого, ушиб сердца. Двусторонний гидроторакс. 28.08.2018 отмечается двигательное возбуждение, переходящее в сопор. Акроцианоз, гипотония, брадикардия, начата инотропная стимуляция миокарда норадреналином, переведен на АИВЛ. Выполнена контрольная МСКТ грудной клетки. На контрольной серии компьютерных томограмм, выполненных в нативном режиме, отмечается отрицательная динамика. В плевральной полости справа жидкость толщиной до 9,6 см, слева до 2,2 см. В нижней доле правого легкого тотальное снижение пневматизации за счет компрессии жидкостью. Отмечается жидкость в полости перикарда толщиной до 1,1 см. Вызван хирург, проведено дренирование плевральной полости справа, получено около 2 литров геморрагического отделяемого, начата активная аспирация.

Выполнена эхокардиография: неоднородный выпот в полости перикарда на верхушке 3,3 см. За правыми отделами до 2 см, за задней стенкой до 1,5 см. НПМ коллабирует менее 50%. Осмотрен рентгенхирургом, принято решение о проведении перикардицентеза в условиях рентген-операционной. Под контролем рентгеноскопии выполнена пункция полости перикарда по Ларрею. На контроле введено 5 мл контрастного вещества в полость перикарда, установлен дренаж. Эвакуировано 190 мл серозно-геморрагической жидкости.

В течение 3 дней проводилось активное вакуумное дренирование по Редону, за первые сутки получено около 200 мл серозно-геморрагической жидкости. 29.08.2018 по ЭХОКГ в динамике: за задней стенкой выпот до 1 см, на верхушке 1,2 см, за правыми отделами 0,9 см. Нижняя полая вена коллабирует. За вторые сутки около 100 мл серозно-геморрагической жидкости. На третьи сутки отделяемого по дренажу до 50 мл, 31.08.2018 по ЭХОКГ в динамике выпота в полости перикарда не определяется. Учитывая купирование гемоперикарда, 31.08.2018 выполнено удаление дренажа.

Заключение

Полученные нами результаты лечения свидетельствуют о правильности выбора методики проведения пункции полости перикарда и метода ее визуализации. Учитывая данный факт, можно сказать, что в каждой клинике необходим индивидуальный подход при проведении дренирования полости перикарда с учетом опыта и доступности методов визуализации, так как проведение дополнительной визуализации значительно снижает риск осложнений пункции полости перикарда, что особенно важно в клиниках без кардиохирургической службы. Учитывая вышеизложенное, необходимо отметить, что выполнение дополнительной визуализации при проведении пункции полости перикарда должно быть внесено в протоколы медицинских учреждений и в обязательном порядке применяться у каждого больного при выполнении ему перикардицентеза.

ЛИТЕРАТУРА:

- Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surg. Eur Hear J. 2015;36(42):2921-2964. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv318.
- Дёмин А.А., Дробышева В.П. Болезни перикарда. Российский кардиологический журнал. 2016; 1(129): 90-98 [Djomin A. A., Drobysheva V. P. Pericardial diseases. Russian Journal of Cardiology. 2016; 1(129): 90-98] (In Russ).
- Azarbal A., LeWinter M. M. Pericardial Effusion. Cardiology Clinics. 2017; 35(4): 515-524. DOI: 10.1016/j.ccl.2017.07.005
- Krikorian, J. G., Hancock E. W. Pericardiocentesis. American Journal of Medicine. 1978; 65(5): 808-814. DOI: 10.1016/0002-9343(78)90800-8
- Osman A., Wan Chuan T., Ab Rahman J., Via G., Tavazzi G. Ultrasound-guided pericardiocentesis: a novel parasternal approach. Eur J Emerg Med. 2018; 25(5):322-327. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000471
- Андин А.В. Тактика хирургического лечения экссудативного сдавливающего перикардита различной этиологии: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Красноярск, 2012 [Andin A.V. Tactics of surgical treatment of exudative compressive pericarditis of various etiologies: abstract for the degree of candidate of medical sciences. Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky. Krasnoyarsk 2012] (In Russ).
- Гильяревский С.Р. Диагностика и лечение заболеваний перикарда. М.: Медиасфера, 2004; 132 [Gilyarevskij S. R. Diagnosis and treatment of pericardial diseases. M.: Mediasfera, 2004; 132] (In Russ).
- Vilela E. M., Ruivo C., Guerreiro C. E., Silva M. P., Ladeiras-Lopes R., Caeiro, D., Ribeiro V. G. Computed tomography-guided pericardiocentesis: a systematic review concerning contemporary evidence and future perspectives. Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease. 2018; 12(11): 299-307. DOI:10.1177/1753944718792413
- Roberts J., Custalow C., Thomsen T., Hedges J. Roberts and Hedges. Clinical Procedures in Emergency Medicine. USA: Elsevier/Saunders; 2014: 1500.
- Petri N., Ertel B., Gassenmaier T., Lengenfelder B., Bley T.A., Voelker W. Blind pericardiocentesis: A comparison of different puncture directions. Catheterization and Cardiovascular Interventions. 2018; 10: 276- 301. DOI: 10.1002/ccd.27601
- Явелов И.С. Современные рекомендации по диагностике и лечению болезней перикарда. Consilium Medicum. 2005; 5: 380-391 [Javelov I.S. Current guidelines for the diagnosis and treatment of pericardial diseases. Consilium Medicum. 2005; 5: 380-391] (In Russ).
- Maggiolini S., Gentile G., Farina A., De Carlini C. C., Lenatti L., Meles E., Achilli F., Tempesta A., Brucato A., Imazio M. Safe, efficacy and complications of pericardiocentesis by real-time echo-monitored procedure. American Journal of Cardiology. 2016; 117: 1369-1374. DOI: 10.1016/j.amjcard.2016.01.043
- Cheitrit M., Lipes J., Mardigyan V. A Practical Approach to Pericardiocentesis with Peri-Procedural use of Ultrasound. Canadian Journal of Cardiology. 2018; 34(9):1229-1232. DOI: 10.1016/j.cjca.2018.06.004.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ КГБУЗ «КМКБСМП»



А.А. Чучунов

АВТОРЫ

А.А. Чучунов¹, А.К. Ефремов²,
А.К. Крючков², М.Е. Казанцев²,
П.Н. Николаев²

1. ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

2. КГБУЗ «КМКБСМП»
им. Н.С. Карповича»

Актуальность

Больные с переломами костей лица составляют до 30% от числа стационарных стоматологических больных.

Среди травматических неогнестрельных переломов челюстно-лицевой области, несомненно, первое место занимают переломы нижней челюсти (от 77% до 95%) [1,9,10], что представляет собой значительную социальную проблему, так как основную массу данной категории больных составляют мужчины в возрасте

20-40 лет, а это самая трудоспособная часть населения, поэтому вопросы их лечения и реабилитации приобретают большое практическое значение [2].

Среди способов лечения переломов нижней челюсти выделяют консервативные (ортопедические), оперативные (хирургические) и комбинированные. При этом хирургический остеосинтез применяют в 5-30% случаев [1,2].

Анализ литературных данных, посвященных только хирургическому лечению переломов нижней челюсти, показывает, что за последние годы в реабилитации данных повреждений были достигнуты значительные успехи.

Это стало возможным не только благодаря появлению и использованию в повседневной практике качественной КТ диагностики и использованию при проведении остеосинтеза нижней челюсти мини-пластин, но и активному внедрению в хирургическую практику внутриротовых, трансбукальных доступов, а также эндоскопически ассистированного остеосинтеза [3,8].

По мнению ряда авторов это обеспечивает хорошую анатомическую репозицию костных фрагментов, стабильную внутреннюю фиксацию, сохранение кровоснабжения и иннервации фрагментов кости и мягких тканей, раннюю активную безболезненную мобилизацию мышц лица и височно-нижнечелюстных суставов [4,5,6,11]. При этом прогнозируемо сокращаются сроки лечения в стационаре и период временной нетрудоспособности пациентов [7].

Поэтому использование в настоящее время в своей повседневной работе мини-пластин и атравматичной хирургической техники при проведении остеосинтеза считается среди челюстно-лицевых хирургов неким критерием современного подхода оперативного лечения переломов нижней челюсти.

А учитывая тот факт, что в настоящее время не существует научно обоснованных критериев современных подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти, дальнейшее изучение данного вопроса является, на наш взгляд, актуальным.

Цель исследования:

1. Определить критерии современных подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти.
2. Определить соответствие используемых в отделении хирургической стоматологии КГБУЗ «КМКБСМП» подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти установленным современным критериям.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели нами на основе анализа литературы и нашего клинического опыта были сформированы следующие семь основных критериев современных подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти:

- Критерий № 1:** использование качественной рентгенологической диагностики до и после оперативного вмешательства (наличие МСКТ лицевого скелета).
Критерий № 2: использование современных металлоконструкций для фиксации костных отломков нижней челюсти.
Критерий № 3: проведение большинства оперативных вмешательств (osteosynthesis) при переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда внутриротовым доступом.

- Критерий № 4:** проведение остеосинтеза и реплантации мыщелковых отростков нижней челюсти при их высоких переломах с вывихом суставной головки.
Критерий № 5: проведение эндопротезирования суставной головки нижней челюсти при многооскольчатых ее переломах.
Критерий № 6: использование трансбукальных доступов при хирургическом лечении переломов нижней челюсти.
Критерий № 7: использование эндоскопически ассистированного остеосинтеза при хирургическом лечении переломов ветви и мыщелкового отростка нижней челюсти.

Был проведен анализ 289 историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении хирургической стоматологии КГБУЗ «КМКБСМП» в 2017 году с диагнозом (S02.6) «перелом нижней челюсти» и которым проводилась операция остеосинтеза нижней челюсти.

При анализе историй болезни мы подробно изучали используемую рентгенологическую диагностику до и после оперативного лечения и проведенное оперативное вмешательство (osteosynthesis нижней челюсти) на предмет соответствия вышеуказанным критериям современных подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти. Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1
Соответствие используемых в отделении хирургической стоматологии КГБУЗ «КМКБСМП» подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти установленным современным критериям

№	Наименование критерия	Использование при оперативном лечении переломов нижней челюсти в отделении хирургической стоматологии КМКБСМП	Причина отсутствия
1	Использование качественной рентгенологической диагностики до и после оперативного вмешательства (наличие МСКТ лицевого скелета)	+	-
2	Использование современных металлоконструкций для фиксации костных отломков нижней челюсти	+	-
3	Проведение большинства оперативных вмешательств (osteosynthesis) при переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда внутриротовым доступом	+	-
4	Проведение остеосинтеза и реплантации мыщелковых отростков нижней челюсти при их высоких переломах с вывихом суставной головки	+	-
5	Проведение эндопротезирования суставной головки нижней челюсти при ее многооскольчатых переломах	+	-
6	Использование трансбукальных доступов при хирургическом лечении переломов нижней челюсти	—	Отсутствие спец. оборудования
7	Использование эндоскопически ассистированного остеосинтеза при хирургическом лечении переломов ветви и мыщелкового отростка нижней челюсти	—	Отсутствие спец. оборудования

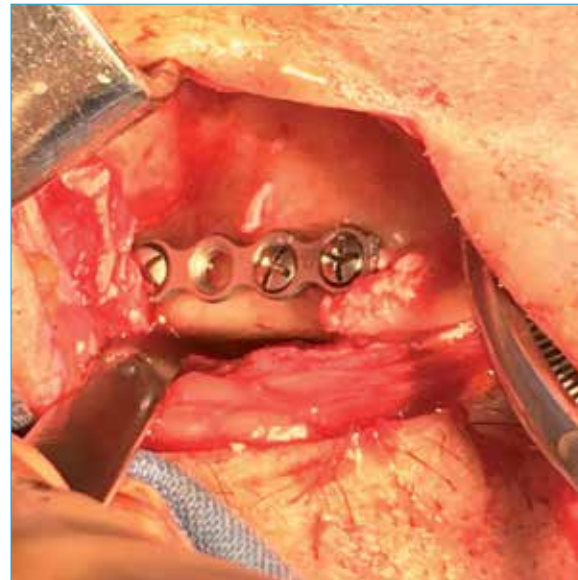
По критерию № 1 установлено, что в настоящее время в КГБУЗ «КМКБСМП» всем пациентам с переломами нижней челюсти проводится качественная рентгенодиагностика до и после оперативного вмешательства, в том числе при необходимости МСКТ лицевого скелета (рис. 1).

Рис. 1.
МСКТ лицевого скелета пациента, 3D формат пациента до оперативного вмешательства.



По критерию № 2 установлено, что 99,9% пациентов остеосинтез нижней челюсти был проведен только с использованием современных металлоконструкций фирмы Synthes (рис. 2).

Рис. 2.
Остеосинтез нижней челюсти с использованием мини-пластины фирмы Synthes.



По критерию № 3 установлено, что из 274 (94%) пациентов, имеющих переломы в пределах зубного ряда, 232 (84,6%) остеосинтез нижней челюсти был выполнен внутриротовым доступом (рис. 3).

Рис. 3.
Рентгенограмма пациента после оперативного лечения. Остеосинтез угла нижней челюсти слева выполнен внутриротовым доступом.

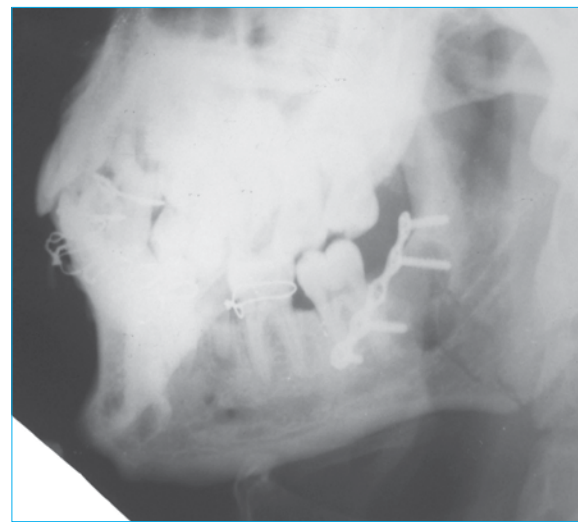


Рис. 4.

Реплантация, остеосинтез правого мыщелкового отростка по Ф.Т. Темерханову.

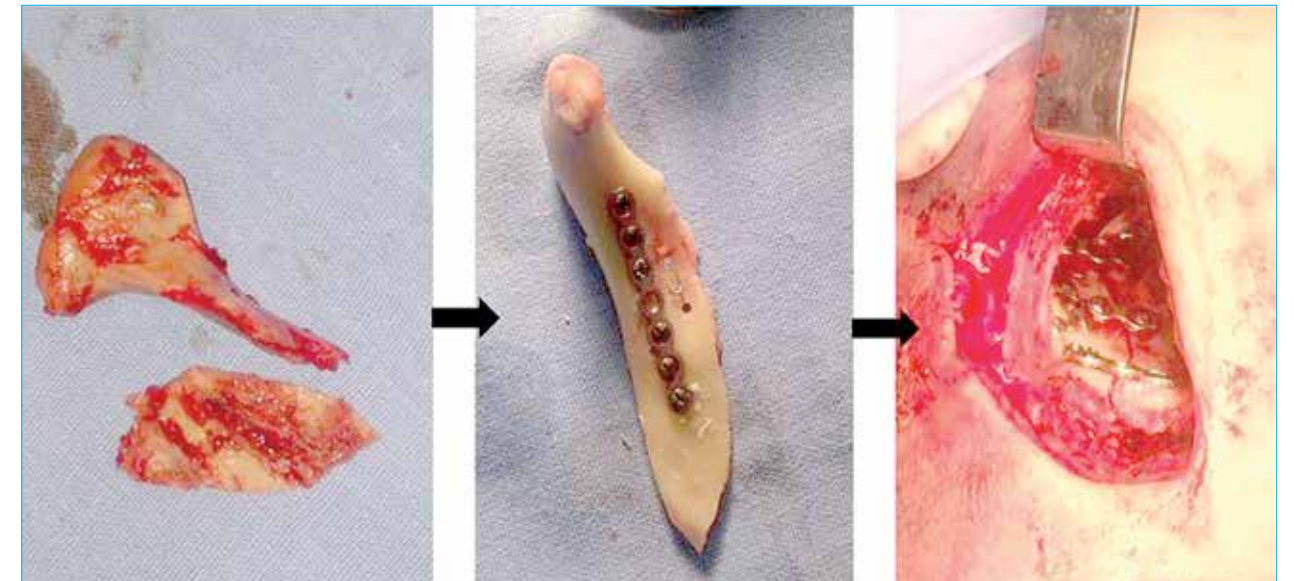
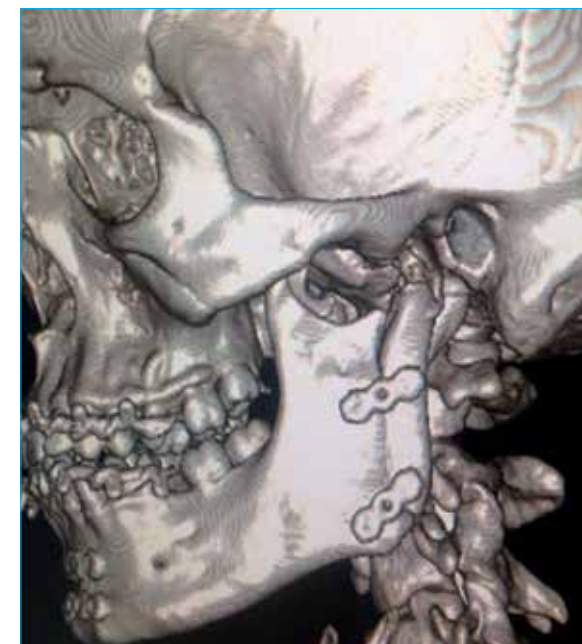


Рис. 5.

МСКТ лицевого скелета пациента, 3D формат после оперативного вмешательства. Выполнены реплантация, остеосинтез правого и левого мыщелковых отростков по Ф.Т. Темерханову.



По критерию № 4 установлено, что 8 (2,9%) пациентов имели высокие переломы мыщелкового отростка в большинстве случаев с вывихом суставной головки. Им всем была выполнена операция остеосинтеза, реплантации мыщелкового отростка по Ф.Т. Темерханову (рис. 4, рис. 5).

По критерию № 5 установлено, что трое пациентов

имели высокие многооскольчатые переломы мыщелкового отростка. Данной группе пациентов была выполнена экзартикуляция всех отломков суставной головки мыщелкового отростка из суставной впадины и эндопротезирование суставной головки путем перемещения остеотомированного участка ветви нижней челюсти в проекцию суставной впадины с последующим остеосинтезом. Эндопротезы сустав-

ной головки фирмы Synthes не использовались ввиду их отсутствия во время проведения операции.

По критерию № 5 и критерию № 6 установлено, что трансбукальный оперативный доступ и эндоскопически ассистированный остеосинтез при хирургическом лечении пациентов с переломами нижней челюсти не использовались ввиду отсутствия специализированного оборудования (трансбукальных троакаров и эндоскопической стойки).

Заключение

Таким образом, были определены возможные критерии современных подходов оперативного лечения переломов нижней челюсти.

Проведенный анализ вышеуказанных критериев применительно к отделению хирургической стоматологии КГБУЗ «КМКБСМП» показал, что в настоящее время в отделении хирургической стоматологии оперативное лечение переломов нижней челюсти по большинству критериев проводится на высоком современном уровне.

Это стало возможным благодаря наличию в КГБУЗ «КМКБСМП» современной качественной рентгенологической и КТ диагностики; использованию для фиксации костных отломков нижней челюсти современных металлоконструкций фирмы Synthes; проведению большинства оперативных вмешательств при переломах в пределах зубного ряда внутриротовым доступом; применению современных подходов при оперативном лечении высоких и многооскольчатых переломов суставных отростков.

Полученные отрицательные результаты по двум критериям: трансбукальному оперативному доступу и эндоскопически ассистированному остеосинтезу – были связаны с отсутствием специализированного оборудования, необходимого для реализации данной атравматичной хирургической техники.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинская литература, 2006. 456 с.
2. Васильев А.М. Сравнительная оценка хирургических методов лечения переломов нижней челюсти в области угла. // Дис. ... к-та. мед. наук. Т., 2006. 97 с.
3. Жапаров С.А., Имад Мухаммед. Принципы лечения переломов нижней челюсти у детей и подростков. // Проблемы стоматологии. – 2001. – №4. С 58-59.
4. Комелягин Д.Ю., Рогинский В.В. Набор титановых имплантатов для черепно-челюстно-лицевого остеосинтеза. Руководство по применению. – М.: ЗАО «Конмет», 2001. – 18 с.
5. Матрос-Таранец И.И. Функционально-стабильный остеосинтез нижней челюсти. – Донецк, 1998. – 242 с.
6. Матрос-Таранец И.И., Калиновский Д.К., Алексеев С.Б., Абу Халиль М.Н., Дадонкин Д.А. Челюстно-лицевой травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура / – Донецк, 2001. – 193 с.
7. Матрос-Таранец И.И., Альавамлех А.И., Дуфаи И.Х., Хакелева Т.Н., Никаноров Ю.А., Абед Этер А.Р. Локальные мышечные дисфункции при переломах костей лицевого черепа / Донецк, 2003. – 142 с.
8. Толлеуов К.Т., Айдарбекова Ж.Д., Гаджиева Р.С. Методика остеосинтеза с применением титановой мини-пластинки при проблемах нижней челюсти // Медицина Алматы. – 2001. №4 – С. 56.
9. Робустова Т.Г. Сравнительная оценка травмы лицевого скелета за 1985-1989 гг. и 1995-1998 гг. Текст. // Труды VI съезда СТАР. – М., 2000. - С. 337-338.
10. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2003. 504 с.
11. Чучунов А.А., Левенец А.А., Крикун С.В., Николаев П.Н., Антипенко Ю.О. Совершенствование методов внутриротового остеосинтеза ангулярных переломов нижней челюсти // В мире научных открытий – 2013. №11.2(47). С.89-99.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ С ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ



Р.В. Михальков

АВТОРЫ

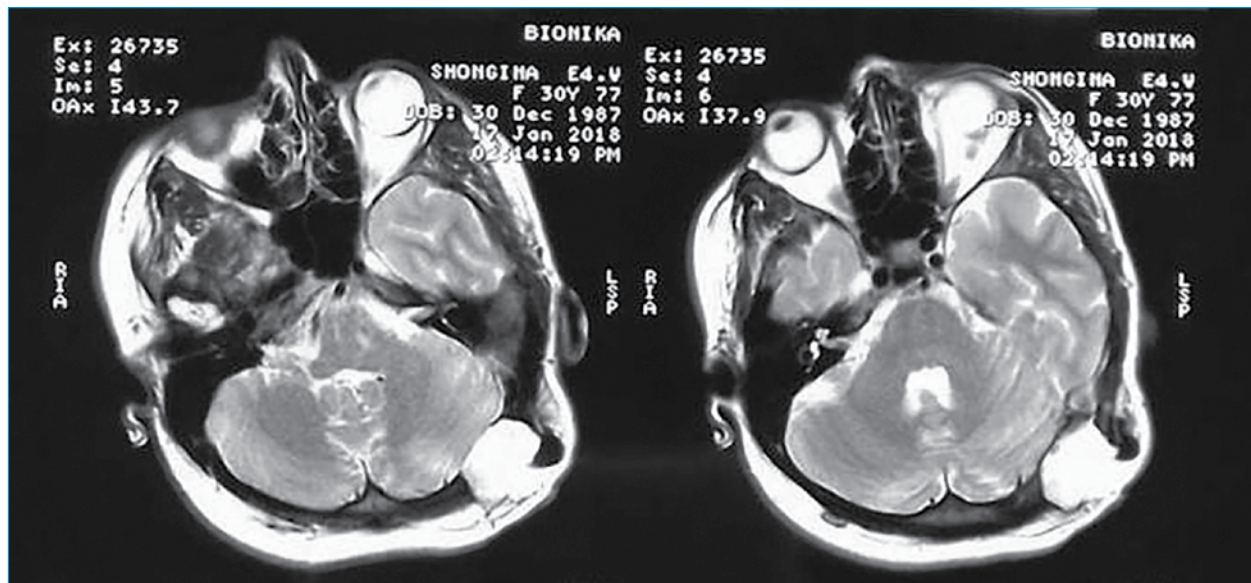
Р.В. Михальков, Д.В. Хозеев

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Эпидермальная (эпидермоидная) киста представляет собой внутрикожную или подкожную, наполненную роговыми массами кисту, возникшую из эпидермиса, чаще всего из волосяного фолликула. Данная киста является пороком развития, возникающим вследствие отшнуровки эпидермиса в эмбриогенезе. Эпидермальные кисты встречаются в любом возрасте одинаково часто у мужчин и женщин, локализуются преимущественно на голове (надбровная, скуловая, височная, околоушно-жевательная области), туловище и верхних конечностях. Клинически эпидермальная киста – подвижное безболезненное образование округлой формы, плотноэластической консистенции. Кожа над ней обычно не изменена, гиперемия возникает при присоединении вторичной инфекции (часто с формированием абсцесса). Лечение хирургическое. Озлокачествление эпидермоидной кисты наблюдается крайне редко.

В клинику обратилась пациентка Ш., 30 лет, с жалобами на подкожное объемное образование волосистой части головы в затылочной области слева, которое появилось несколько месяцев назад и постепенно увеличивалось в размерах (на момент обращения размеры новообразования составляли 4 x 5 x 2 см). Пациентка была осмотрена хирургом, принято решение удалить объемное образование в условиях малой операционной под местной анестезией. При разрезе мягких тканей выделилось 20 мл отделяемого казеозной консистенции, белесоватого цвета с твердыми фрагментами 0,3 x 0,3 см. При ревизии операционной раны выявлен дефект затылочной кости, с ростом объемного образования интракраниально. Дальнейшее вмешательство было прекращено, послеоперационная рана ушита наглухо, пациентка направлена на дальнейшее обследование – проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Заключение МРТ: Состояние после операции (удаление объемного образования мягких тканей левой затылочной области). Постоперационные изменения мягких тканей левой затылочной области, дефект затылочной кости слева.



После проведения МРТ пациентка была проконсультирована нейрохирургом, госпитализирована в нейрохирургическое отделение.

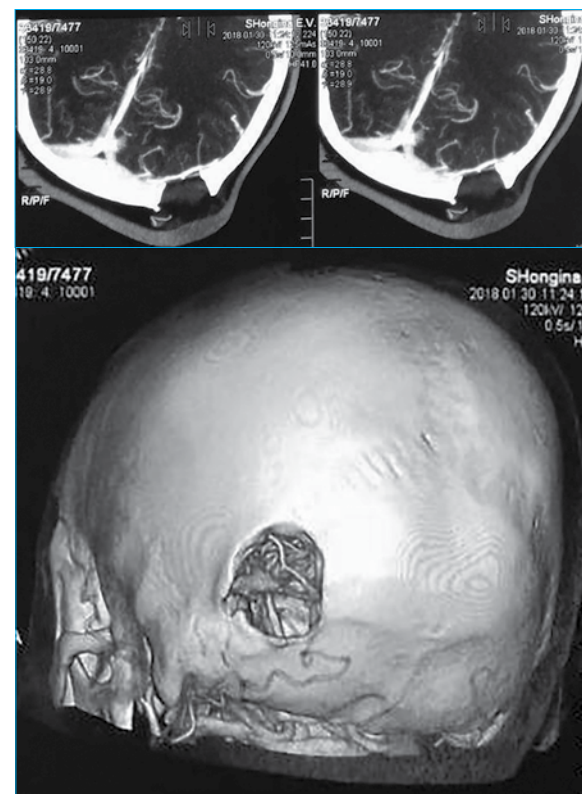
При поступлении локально в затылочной области слева (проекция левого поперечного синуса) определяется подкожное объемное образование плотно-эластичной консистенции, умеренно болезненное при пальпации, диаметром до 4 см. Кожа над образованием гиперемирована, в области послеоперационного рубца отмечается свищ 3 мм в диаметре со скудным казеозным отделяемым. Для определения тактики и объема оперативного вмешательства, а также исключения мальформации была проведена церебральная МСКТ ангиография. Патологической сосудистой сети не обнаружено. Часть поперечного синуса слева сдавлена объемным образованием, прорастания твердой мозговой оболочки не выявлено.

После предоперационной подготовки больная была взята в операционную.

Операция: В положении больной на правом боку произведен линейный разрез мягких тканей в левой затылочной области по старому послеоперационному рубцу. Края раны разведены. Выделилось большое количество (до 30 мл) масс творожистой консистенции.

Иссечена капсула объемного образования. Выявлен дефект затылочной кости размерами 3,3 x 3,6 см, через который опухолевая ткань прорастает в интракраниальное пространство. Объемное образование удалено (узел 6 см в диаметре), взято на гистологическое исследование. Подлежащая твердая мозговая оболочка не изменена. В дне раны визуализирована наружная стенка левого поперечного синуса. Край раны экономно резецированы, кость не изменена. Произведена пластика дефекта черепа титановой перфорированной пластиной. Контроль на гемостаз,

Рис. 1.
Церебральная МСКТ-ангиография.



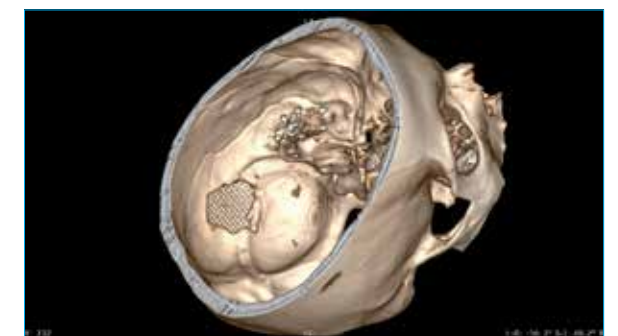
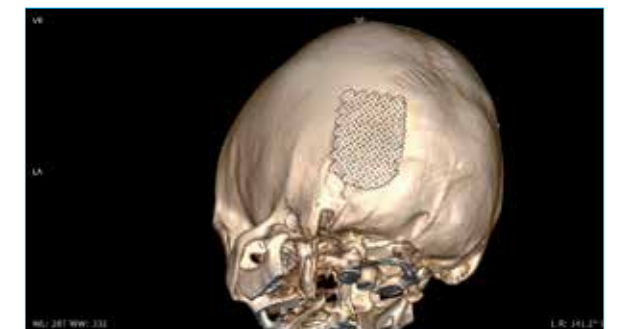
инородные тела. Установлен активный дренаж. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж был удален на следующий день после операции. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки после операции.



Рис. 2.
Опухолевая ткань в операционной ране.

МСКТ головного мозга на 7-е сутки после операции: При исследовании без внутривенного контрастного усиления состояния после реоперации: удаление экстра-интракраниальной опухоли затылочной области слева. В затылочной кости слева дефект размером 3,3 x 3,6 см, пластика дефекта титановой пластиной. На уровне дефекта единичные включения воздуха. Участков патологической плотности в веществе головного мозга не выявлено. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система не расширена, не деформирована. Конвексимальное субарахноидальное пространство не расширено.



Гистология: морфологическая картина эпидермоидной кисты с нагноением и развитием гигантоклеточной репаративной гранулемы в прилежащих тканях.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога в поликлинику по месту жительства.

Заключение: Поверхностные объемные образования волосистой части головы требуют проведения в предоперационном периоде магнитно-резонансной, спиральной компьютерной томографии головного мозга с контрастным усилением. Данные исследования позволяют исключить интракраниальное распространение объемного образования и вовлечение в процесс церебральных структур.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беренбейн Б.А. Опухоли кожи. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 1996. С. 148–219.
2. Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М. и др. Патоморфология болезней кожи. М.: Медицина, 1986. 304 с.
3. Клиническая хирургия. В 3 т. Том 1 [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – (Серия «Национальные руководства»).
4. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней / Н.Н. Потеев, В.Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 456 с.

ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ



А.В. Дешкович

АВТОРЫ

А.В. Дешкович, И.Б. Червяков.

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Что такое артериальная гипертензия?

Артериальная гипертензия (АГ) – это стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт.ст. и выше. Часто врач-анестезиолог сталкивается с тем, что пациенты, которые поступают на плановые оперативные вмешательства, при поступлении в операционную имеют высокие показатели артериального давления, и тут возникает вопрос: «Что делать?»

Анестезиолог задает вопрос о причинах высокого артериального давления лечащему врачу и информирует о том, что обеспечить безопасность больного во время операции чрезвычайно сложно в связи с высоким анестезиологическим риском по ASA.

Что мы слышим обычно в ответ:

– Да какое давление? Она себя нормально чувствует!

– Ну а мне-то что делать? Идите, оставьте запись, чтоб кардиолог ее посмотрел.

– Тогда будет другой пациент, этого мы выпишем в поликлинику по месту жительства.

– Она же крепкая бабка... Тогда сейчас мы ее полегчим магнезией и позже подадим в операционную...

Когда спрашиваем пациентов, какие лекарственные препараты вы принимаете для лечения артериального давления, то вот что они нам отвечают:

– Да я вообще ничего не принимаю, зачем травить себя химией.

– Ой, не помогают мне ваши таблетки.

– Ну иногда пью какие-то, но очень редко.

– Травками лечусь...

Продолжительность жизни у пациентов с кардиологической патологией увеличилась. За счет нанотехнологий проводятся стентирования коронарных сосудов, АКШ. Пациент должен быть максимально обследован и подготовлен для планового оперативного вмешательства.

При уровне диастолического давления ниже 110 мм рт.ст. и при отсутствии серьезных субъективных жалоб плановая операция не представляет собой повышенного риска для больных, страдающих гипертонической болезнью. Естественно, это не распространяется на случаи, когда имеются органические нарушения в результате гипертонической болезни. С практической точки зрения это означает, что асимптоматический пациент с лабильной гипертензией либо с постоянно повышенным артериальным давлением, но с диастолическим давлением ниже 110 мм рт.ст. в случае плановой операции имеет небольшой операционный риск, чем пациент с нормальным артериальным давлением. Однако при этом анестезиолог должен иметь в виду, что такие больные обладают очень лабильным артериальным давлением. Во время операции у них часто развивается гипотензия, а в послеоперационном периоде гипертензия в ответ на выброс катехоламинов. Поэтому необходимо избежать обеих крайностей.

50-60% пациентов с артериальной гипертензией, поступающих на плановые хирургические операции, нуждаются в тщательном обследовании и подборе гипотензивной терапии, а остальные – в правильном ее продолжении. Пренебрежение этим может привести к тяжелым осложнениям в периоперационном периоде, таким как острые нарушения мозгового кровообращения, острые нарушения ритма и проводимости вплоть до остановки сердца, инфаркту миокарда. Вероятны также осложнения, не несущие

непосредственной угрозы жизни, например – периоперационная резистентная артериальная гипертензия или гипотензия, гемодинамика с высокой амплитудой колебания цифр АД. Оказание помощи больным с сочетанием артериальной гипертензии и хирургической патологии требует от врача первичного звена хорошего знания проблем артериальной гипертензии, патофизиологии периоперационного периода, понимания путей достижения безопасной и эффективной помощи на этапе подготовки к операции(2,3).

Коррекция артериального давления перед операцией

Гипотензивная терапия до операции должна отвечать требованиям быстроты действия, соответствовать типу гемодинамики, обладать протективным эффектом в отношении органов-мишеней, не обладать нежелательным взаимодействием с анестетиками и в целом содействовать безопасной и эффективной анестезии. При этом следует помнить, что разнообразие гипотензивных препаратов, клинических ситуаций не позволяет требовать от врача действий строго в рамках каких-то конкретных схем. Необходимо помнить и о том, что артериальная гипертензия является многофакторным заболеванием со сложным патогенезом и множественными проявлениями, только одно из которых – повышение АД. Поэтому перед операцией очень важно оценить, какие нарушения преобладают – мозговые, кардиальные, почечные, метаболические или другие, и в соответствии с этим назначить дополнительные меры.

Заключение

1. Измерение артериального давления должно проводиться технически правильно.

2. Целью лечения артериальной гипертензии является снижение систолического АД ниже 140 мм рт.ст., а диастолического ниже 90 мм рт.ст. (для пациентов с сахарным диабетом – ниже 85 мм рт.ст.).

3. Невозможность достижения целевого АД при применении трех препаратов расценивается как резистентная гипертензия, в такой ситуации необходимо начать поиск причин вторичной гипертензии.

4. Особое внимание следует уделять пациентам с систолическим давлением > 160 мм рт.ст. и диастолическим давлением < 70 мм рт.ст. – у них наблюдается самый высокий уровень летальности.

5. Изолированное повышение АД (гипертонический криз) без поражений органов-мишеней требует постепенного снижения АД в течение 24-48 часов.

6. Необходимо выполнять оценку уровня АД, стадии АГ и общего сердечно-сосудистого риска. Доопера-

ционное обследование должно включать сбор анамнеза, физикальный осмотр, инструментально-лабораторные методы диагностики (ЭКГ, эхокардиография, электролиты крови, оценка функции почек).

7. Перенос оперативного вмешательства оправдан при АГ выше 170/100 мм рт.ст., при длительно существующей АГ с впервые выявленным поражением органов-мишеней. Необходимо стабилизировать АД на уровне, позволяющем выполнить оперативное вмешательство.

8. Антигипертензивную терапию следует продолжать вплоть до дня операции, за исключением ингибиторов АПФ и диуретиков (их следует исключить за сутки до анестезии). При предоперационной подготовке пациентов с артериальной гипертензией следует учитывать особенности имеющейся сопутствующей патологии.

9. Предпочтительными методами анестезии для пациентов с АГ являются регионарные методики, ингаляционная и внутривенная анестезия (кетамин противопоказан).

10. В послеоперационном периоде у пациентов с АГ необходимы ингаляции O₂, обезболивание, продолжение мониторинга АД, обязательна регистрация ЭКГ в течение 72-96 часов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Процаев К.И., Ильницкий А.Н. Встречаемость артериальной гипертензии у лиц, подвергающихся хирургическим операциям // Тез. докл. Российского национального конгресса кардиологов 2011г (<https://www.medcentre.com.ua/articles/Strategiya-i-taktika-podgotovki-20692>).

2. Проблемы безопасности анестезии у хирургических больных общего профиля с сопутствующей гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца / В.Д. Малышев, И.М. Андрюхин, Х.Т. Омаров и др. 2006 г. // (http://www.emergencymed.org.ua/j_pdf/2006_6_114_118_P.pdf)

2. Hypertension, admission blood and perioperative cardiovascular risk / S.J.Howell, Y.M.Sear, D.Yeates et al 2016г. // (<https://documents.net/hypertension-admission-blood-pressure-and-perioperative-cardiovascular-risk.html>)

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КГБУЗ «ЕМЕЛЬЯНОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ



Л.А. Сбитнева

АВТОРЫ

Л.А. Сбитнева, Н.В. Гамершмидт,
В.И. Кожухов

КГБУЗ «Емельяновская РБ»

Каждый день, просматривая ленты информационных новостей, мы узнаем о каких то ужасающих чрезвычайных ситуациях, приводящих к психологическим и физическим потрясениям, потери крова на головой, имущества, тяжелым травмам и даже гибели людей: неблагоприятные метеорологические явления, землетрясения, наводнения, техногенные и природные пожары, ДТП, авиа и железнодорожные катастрофы, аварии на системах топливно-энергетического комплекса, ЖКХ, на различных технологических производствах, происшествия биолого-социального характера, в том числе инфекционные заболевания, массовые отравления людей и животных и т.д. Эти события кажутся нам далекими и крайне редкими, но профессия врача скорой медицинской помощи обязывает быть готовым к любым ситуациям. Авиа-катастрофа лайнера ТУ-154 23 декабря 1984 года, разбившегося в 3 км от аэропорта Емельяново, унесшая жизни 110 пассажиров и членов экипажа, взрыв бытового газа 30 сентября 2011 года в поселке Элита, разрушивший подъезд жилого дома и взрыв газового баллона 28 декабря 2012 года в районном центре Емельяново, когда пострадали более 20 человек, массовые ДТП и др. - этот список можно продолжать и продолжать - всё это примеры, когда катастрофы происходят рядом с нами, в нашей жизни.

При чрезвычайных ситуациях, катастрофах и других масштабных и локальных происшествиях выездные бригады скорой медицинской помощи в большинстве случаев, порой во взаимодействии с другими службами экстренного реагирования, являются первым звеном, прибывшим на место происшествия и первыми обеспечивают оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим. Слаженная работа медицинско-

го персонала, схемы и алгоритмы организации работы в зоне чрезвычайных ситуаций позволяют максимально быстро бригадам скорой помощи прибыть на место происшествия, оповестить ответственных лиц и начать мероприятия по оказанию экстренной помощи. В настоящее время в отделении СМП КГБУЗ «Емельяновская районная больница» имеется инструкция, по которой медицинский персонал действует в случае чрезвычайной ситуации.

На фельдшера по приему и передаче вызовов ложится огромная ответственность, он первый опрашивает лицо, сообщаемое о ЧС, устанавливает причину, характер и размеры происшествия, точный адрес, номера телефонов, по которым поступают вызовы, номер телефона, по которому в данный момент поддерживается связь.

На основании полученных сведений фельдшер по приему и передаче вызовов отделения СМП КГБУЗ «ЕРБ»:

- Осуществляет оповещение дежурного ЕДДС (Единой дежурно-диспетчерской службы по Красноярскому краю. ЕДДС создаются для оперативного реагирования служб постоянной готовности на возникновение чрезвычайной ситуации или катастрофы, для эффективного и согласованного взаимодействия экстренных служб, а также для информирования соответствующих структур и населения о ходе развития чрезвычайных ситуаций и о принимаемых мерах для их ликвидации) и должностных лиц по схеме.

- Определяет количество выездных бригад, необходимых в данной ситуации руководствуясь примерными нормативами:

При количестве пострадавших 3 человека - 2 бригады.

- От 3-х до 5-ти пострадавших - три бригады.

- От 6 и до 10-ти пострадавших - на каждые 5 человек - три бригады.

- свыше 50-ти пострадавших - на каждые 10 человек - 5 бригад.

В случае массовых отравлений (химических или пищевых, острых заболеваний) сохраняются перечисленные нормативы при условии обязательного использования специализированных бригад (В виду непосредственной близости с Краевым центром, фельдшер по приему и передаче вызовов отделения СМП ЕРБ оповещает оперативный отдел и старшего врача станции скорой медицинской помощи г. Красноярска).

При получении сообщения о пожаре и отсутствии данных о наличии числа пострадавших, фельдшер

по приему и передаче вызовов отправляет одну бригаду, врач или фельдшер которой по прибытии на место пожара вступает в контакт с руководителем тушения пожара и при наличии пострадавших производит оказание экстренной медицинской помощи вне опасной зоны.

При отсутствии пострадавших бригада освобождается с вызова. В карте вызова фиксируется Ф.И.О. и должность руководителя тушения пожара.

Непосредственно на границе зоны ЧС бригады СМП поступают в оперативное управление бригаде экстренного реагирования КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф» (КТЦМК предназначен для ликвидации медицинских последствий в чрезвычайных ситуациях, вызванных стихийными бедствиями, авариями, катастрофами и массовыми заболеваниями населения). При ее отсутствии всю организацию догоспитальной экстренной медицинской помощи осуществляет врач (фельдшер) первой прибывшей бригады в соответствии с планом предварительной готовности в зоне ЧС. Для оценки медицинской обстановки, принятия руководства работой бригады СМП и передаче через диспетчерскую уточненной информации в вышестоящие органы управления - определяется руководителем работы в зоне ЧС либо бригада экстренного реагирования КТЦМК либо, первоначально, врач (фельдшер) первой прибывшей в зону бригады или один из руководящих должностных лиц Емельяновской районной больницы.

Фельдшер по приему вызовов предупреждает ответственных врачей стационаров о примерном количестве и профиле пострадавших, направляемых для экстренной госпитализации, ведёт учет пострадавших ЧС, которым оказывалась медицинская помощь бригадами СМП.

Руководитель работы СМП в зоне ЧС по прибытии и на место происшествия выполняет следующие функциональные обязанности:

- Определяет место стоянки автомашины СМП и порядок работы выездных бригад на месте происшествия.

- Вступает в контакт с руководителями других спасательных служб.

- Организует силами органов охраны общественного порядка, оцепление мест работы выездных бригад СМП и место развертывания медицинского сортировочного пункта.

- Организует проведение минимального объема медицинской разведки с целью ориентировочного определения количества пострадавших и основного характера повреждений.

• Организует вынос пострадавших на сортировочный медицинский пункт силами спасателей.

• Контролирует сортировку пострадавших, оказание им экстренной медицинской помощи и подготовку их к транспортировке.

• Остается на месте происшествия до полного окончания спасательных работ, периодически информируя руководство больницы об их ходе. По окончании работы бригад СМП составляет рапорт на имя главного врача.

Выездная бригада скорой медицинской помощи, первой прибывшая на место чрезвычайной ситуации:

• Немедленно начинает проводить медицинскую сортировку пострадавших, включающую одновременное оказание им медицинской помощи в объеме «программ спасения жизни, поддержания функции органов жизнеобеспечения».

• Немедленно устанавливает связь с фельдшером по приему вызовов и сообщает результаты проведения сортировки с указанием количества пострадавших, степени их тяжести и потребности в дополнительных бригадах.

• Эвакуирует пострадавших в стационар по назначению и тяжести их состояния.

• Оформляет на пострадавших карты вызова с фиксированием Ф.И.О. и должность руководителя ликвидации.

Фельдшер по приему вызововотделения СМП КГБУЗ «ЕРБ» поддерживает связь со старшим врачом Красноярской станции скорой медицинской помощи.

Дорожно-транспортные происшествия, являются наиболее распространенными видами катастроф, с которыми приходится сталкиваться врачу скорой медицинской помощи. По территории Емельяновского района проходит федеральная автомобильная дорогаМ-53 «Байкал» и автомобильная дорога общего пользования регионального значения К-01»Красноярск - Енисейск».В 2017 году бригады СМП отделения СМП КГБУЗ «Емельяновская районная больница» осуществляли выезд на место ДТП 126 раз, оказали помощь 177 пострадавшим, в 11

случаев констатировали смерть пострадавших.

В рамках региональной программы по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (Приказ МЗ Красноярского края №34-н от 19.06.12 с изменениями 03.12.2013,в ред. Приказов министерства здравоохраненияКрасноярского края от 17.12.2012 N 90-н, от 19.12.2012 N 91-н, от 03.12.2013 N 56-н) пострадавшие с политравмами, сочетанными, множественными или комбинированными травмами, в стабильно тяжелом состоянии доставлялись непосредственно в КМК БСМП, ККБ №1, КМКБ №20. При травмах без угрозы для жизни пациенты доставлялись в «Емельяновскую районную больницу», где проходили обследование и дальнейшее лечение. В случае угрожающего жизни состояния, с нестабильной гемодинамикой, пострадавшие доставлялись в ближайшее медицинское учреждение и затем, после стабилизации состояния, перетранспортировывались в травматологические центрыI уровня г. Красноярск.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации под ред. Акад. РАН С.Ф. Багненко «Скорая медицинская помощь» -М.:«ГЭОДАР-Медиа», 2015г.

2. О.Н. Елисеев «Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи» г. Москва. 2012г

3. «Скорая медицинская помощь: Краткое руководство по оказанию скорой медицинской помощи взрослым и детям» -СПб.,2010г.

4. «Скорая медицинская помощь: Национальное руководство» под ред. С.Ф.Багненко, М.Ш.Хубутия, А.Г.Мирошнichenkoи др.- М.:«ГЭОДАР-Медиа», 2015г.

2017 год	янв.	февр.	март	апр.	май	июнь	июль	авг.	сент.	окт.	ноябрь	дек.	ВСЕГО
ДТП	9	5	6	9	7	17	20	8	12	11	9	13	126
Пострадавших	14	10	13	15	-	24	31	9	12	14	17	18	177
Летальные	1	1	1	-	1	-	1	1	4	-	1	-	11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3 D МОДЕЛИРОВАНИЯ И СТЕРЛИТОГРАФИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



А.А. Чучунов

АВТОРЫ

**Чучунов А.А.1, Ефремов А.К.2,
Николаев П.Н.2, Крючков А.А.2,
Казанцев М.Е.2**

1. ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России

2. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Актуальность

Больные диагнозом (код МКБ D16.5) доброкачественное новообразование нижней челюсти костной ткани в структуре других хирургических заболеваний челюстно-лицевых стационаров ежегодно составляют до 2% в год.

При этом хирургическая реабилитация данной категории пациентов имеет свои особенности и зависит от конечной верификации диагноза, после проведения диагностической биопсии.

В результате это может быть как проведение обычной цистэктомии или экскохлеации опухоли из костной ткани нижней челюсти с повторным гистологическим исследованием и дальнейшим наблюдением в амбулаторных условиях по месту жительства. Или напротив проведение орган не сохраняющих оперативных вмешательств, направленных на удаление опухолей и диспластических процессов костной ткани нижней челюсти, путем резекции участка кости в пределах здоровых тканей и удаление его одним блоком с новообразованием [3,8,14].

В некоторых случаях также приходится направлять пациентов на лечение в специализированные отделения онкологических центров.

В свою очередь проведение орган не сохраняющих оперативных вмешательств приводит к образованию различных по протяженности дефектов костной ткани нижней челюсти, требующих проведения операций по восстановлению её непрерывности [2,4].

Для этого в настоящее время широко применяют различные виды эндопротезов. Это могут быть как аллотрансплантаты или васкуляризированные и не-васкуляризированные аутооттрансплантаты из костной ткани самого пациента [5,6,8,10,12,16,17], так и стандартные реконструктивные пластины из титана от разных производителей [10,11,15].

При этом особую сложность у оперирующего хирурга всегда вызывает правильное моделирование непосредственно в операционной ране эндопротеза, замещающего резецированный участок нижней челюсти, что порой отнимает большое количество времени, значительно удлиняя весь ход оперативного вмешательства.

Для решения данной проблемы в последние годы все более широкое распространение среди челюстно-лицевых хирургов получает использование технологий 3D моделирования и 3D печати, что позволяет не только вне операционной раны правильно смоделировать стандартный эндопротез (реконструктивная пластина) или изготовить необходимый шаблон будущего эндопротеза при использовании аутогнатопластики или аллотрансплантата, но и напечатать из титана полностью индивидуальный эндопротез нижней челюсти.

В данной статье представляем свой опыт хирургического лечения пациента с остеобластокластомой нижней челюсти с использованием технологии 3D моделирования и использования стерилитографической модели.

Клинический пример: Пациент Ш., 57 лет, (медицинская карта стационарного больного № 22354), поступил 19.12.15 г. в отделение хирургической стоматологии КГБУЗ КМКБСМП с диагнозом: остеобластокластома подбородочного отдела и тела нижней челюсти справа и слева.

Из анамнеза установлено, что больной первично находился на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ККБ в 2014 г., где была проведена операция открытой биопсии и установлен диагноз остеобластокластомы. От хирургического лечения в 2014 году пациент отказался. За последний год обратил внимание на рост опухоли и появление самопроизвольных болей.

На момент поступления предъявлял жалобы на наличие опухоли в подбородочном отделе нижней челюсти и боли.

При внешнем осмотре определялось нарушение конфигурации лица, за счет деформации подбородочного

Рис. 1.
**Пациент Ш., 57 лет.
Вид до оперативного вмешательства.**



отдела нижней челюсти. При пальпации подбородочный отдел и тело нижней челюсти слева и справа значительно утолщены, деформированы, в результате роста опухоли, пальпация безболезненная (рис. 1).

Рот пациент открывал на 4,0 см. В полости рта переходная складка подбородочного отдела и тела нижней челюсти больше слева была сглажена, выбухала, за счет утолщения и деформации нижней челюсти в результате роста опухоли, пальпация опухоли в полости рта безболезненная. Послеоперационный рубец по переходной складке в месте проведения первичной биопсии бледно-розового цвета, без признаков воспаления, пальпация его также была безболезненная.

На МСКТ лицевого скелета определялось объемное опухолевидное образование подбородочного отдела и тела нижней челюсти слева и справа в проекции от 38 до 48 зуба. Кроме этого также имелся одиночный очаг опухолевого роста в области ветви нижней челюсти слева (рис. 2).

Рис. 2.
**Пациент Ш., 57 лет. МСКТ лицевого скелета
(3D формат) до оперативного лечения.**

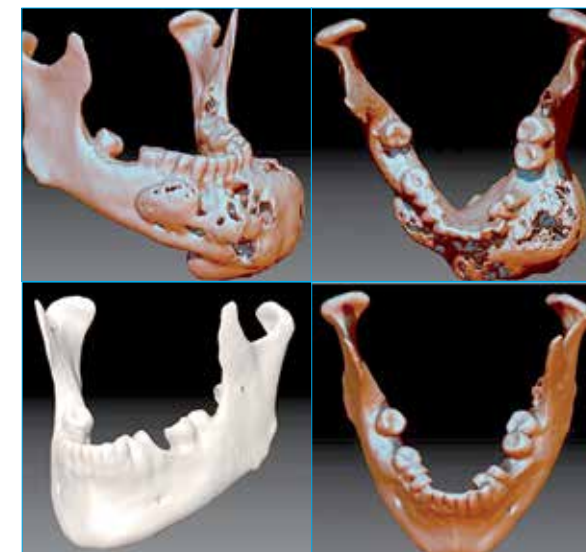


Рис. 3.
**Этапы 3D моделирования нижней челюсти
пациента в программе.**

Пациенту планировалась операция частичной сквозной резекции нижней челюсти, удаления опухоли, с одномоментной пластикой костного дефекта эндопротезом, изготовленным из стандартной реконструктивной пластины.

Учитывая возможные сложности с правильным моделированием будущего эндопротеза непосредственно в ране нами была использована технология 3D моделирования и изготовления стерилитографической модели нижней челюсти.

Для этого МСКТ данного пациента была размещена в программе для 3D моделирования, где с помощью инструментов программы была сначала изолирована, смоделирована нижняя челюсть вместе с опухолью. После чего смоделировали уже нижнюю челюсть пациента и его будущую стерилитографическую модель без опухоли (рис. 3).

В дальнейшем полученный файл был передан в 3D принтер, на котором была напечатана точная стерилитографическая модель (копия) нижней челюсти нашего пациента без опухоли (рис. 4).

В дальнейшем оперативное лечение данного пациента было проведено следующим образом: под интубационным наркозом, после двукратной обработки операционного поля был проведен разрез в левой и правой поднижнечелюстных, подподбородочных областях длиной до 2,5 см. Рассечена кожа, подкожно-жировая клетчатка, платизма. Послойно путем рассечения и расслоения тканей скелетирована нижняя челюсть и визуализирована опухоль. После чего провели сквозную резекцию нижней челюсти



Рис. 4.
**Вид напечатанной на 3D принтере
стерилитографической модели нижней челюсти
пациента.**

вместе с опухолью в области ее углов (в пределах здоровых тканей). Провели блок-резекцию опухолевого очага в области ветви нижней челюсти слева, также в пределах здоровых тканей. Резецированные участки нижней челюсти вместе с опухолью удалили из раны. После чего создали ложе для будущего эндопротеза (рис. 5).

Рис. 5.
Пациент Ш., 57 лет. Этапы операции.



Рис. 6.
**Этапы моделирования эндопротеза нижней
челюсти из стандартной реконструктивной
пластины.**



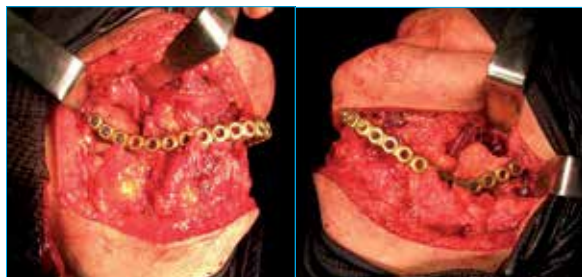
Затем на стерилиграфической модели провели моделирование будущего эндопротеза нижней челюсти из стандартной реконструктивной пластины фирмы Synthes (рис. 6; 7).

Рис. 7.
Пациент Ш., 57 лет. Этапы операции. Вид резецированного участка нижней челюсти вместе с опухолью и моделирование будущего эндопротеза нижней челюсти.



В дальнейшем смоделированный эндопротез был фиксирован к ветвям нижней челюсти с использованием 6 винтов, таким образом, дефект нижней челюсти был устранен, её непрерывность была восстановлена (рис. 8).

Рис. 8.
Пациент Ш., 57 лет. Этапы операции.



В завершении операции рана была обильно промыта растворами антисептиков и послойно ушита, на кожу шелком. Были оставлены два перчаточных дренажа, наложена асептическая повязка. Прикус фиксировали пращевидной повязкой. Резецированный участок нижней челюсти вместе с опухолью был отправлен на гистологическое исследование.

Послеоперационное течение было без особенностей. Боли в области нижней челюсти, а также послеоперационный отек мягких тканей были умеренные, по дренажам в течение 5 дней отмечалось сукровичное отделяемое. На контрольной МСКТ лицевого скелета определялось удовлетворительное состояние эндопротеза (реконструктивной пластины). (рис. 9).



Рис. 9.
Пациент Ш., 57 лет. МСКТ лицевого скелета (3 D формат) через 7 дней после оперативного лечения.

В дальнейшем рана зажила первичным натяжением, операционные швы были сняты через 12 дней после операции и больной был выписан на амбулаторное наблюдение и долечивание у стоматолога хирурга по месту жительства. Сроки госпитализации составили 12 дней.

Контрольный осмотр пациента через 2,5 месяца после оперативного вмешательства показал следующее: на момент осмотра особых жалоб нет, пациент доволен результатами оперативного лечения.

При внешнем осмотре явного нарушения конфигурации лица нет, послеоперационный рубец в левой и правой поднижнечелюстных, подподбородочной областях без признаков воспаления. Пальпация нижней челюсти и эндопротеза безболезненная. Рот открывает хорошо, движения нижней челюстью в полном объеме, не затруднены. В полости рта послеоперационный рубец бледно-розового цвета, также без признаков воспаления (рис. 10).

На контрольной МСКТ лицевого скелета определялось удовлетворительное состояние эндопротеза (реконструктивной пластины), суставные головки нижней челюсти находились в проекции суставных впадин (рис. 11).

Заключение

Таким образом, использование технологии 3 D моделирования и стерилиграфической модели при хирургическом лечении пациента с остеобластокластомой нижней челюсти, позволило нам получить хорошие клинические результаты лечения.



Рис. 10.
Пациент Ш., 57 лет. Вид через 2,5 месяца после оперативного лечения.



Рис. 11.
Пациент Ш., 57 лет. МСКТ лицевого скелета (3 D формат) через 2,5 месяца после оперативного лечения.

Это стало возможным благодаря возможности точно смоделировать из стандартной реконструктивной пластины по стерилиграфической модели эндопротез резецированного участка нижней челюсти необходимых размеров, который легко был адаптирован к протезному ложу и фиксирован в операционной ране, что в итоге значительно сократило время оперативного вмешательства.

На наш взгляд использование и дальнейшее развитие вышеуказанных технологий в КГБУЗ КМКБСМП является перспективным направлением современной медицины, которое будет касаться не только челюстно-лицевой хирургии, но и других смежных хирургических специальностей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агеенко А.М., Гусев Ю.П. Ортопедическое лечение больных после костной пластики нижней челюсти // Стоматология. 1983. №6. С. 61-62.
2. Девдариани Д.Ш., Азаренко К.Я., Александров А.Б. Костная пластика нижней челюсти после удаления доброкачественных опухолей // Материалы VI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Санкт-Петербург. 2001. С. 39.
3. Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. Л.: «Медицина», 1976. 192 с.
4. Кислых Ф.И. Клинико-экспериментальное обоснование пластики дефектов нижней челюсти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996. 48 с.
5. Клинико-рентгенологический анализ использования титановых эндопротезов нижней челюсти / Неробеев А.И., Рабухина Н.А., Короян А.С., Семкин В.А., Дробат Г.В. // Стоматология. 1997. №4. С. 40-42.
6. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти. М., 1979. 270 с.
7. Смирнова И.В. Ортопедическая реабилитация больных после костно-пластических операций на нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1991. 20 с.
8. Чугунов А.А. Случай протяженной костной пластики неvascularизированным аутоотростком из крыла подвздошной кости // В мире научных открытий №12. 2(72). - С. 541-555.
9. Baker A., Mc Mahon J., Parmar S. Immediate reconstruction of continuity defects of the mandible after tumor surgery // J. Oral maxillofac. surg. 2001. V. 59. №1. P. 133-1339.
10. Biomechanical testing of different osteosynthesis systems for segmental resection of the mandible / Schupp W., Arzdorf M., Linke B., Gutwald R. // J. Oral Maxillofac. Surg. 2007. Vol. 65, №5. P. 924-930.
11. Mandibular reconstruction using the titanium functionally dynamic bridging plate system: A retrospective study of 34 cases / Lopez R., Dekeister C., Sleiman Z., Paoli J.R. // J. Oral Maxillofac. Surg. 2004. Vol. 62, №4. P. 421-426.
12. Long-term results after mandibular continuity resection in infancy: the role of autogenous rib grafts for mandibular restoration / Eckardt A., Swennen G., Barth E.L., Brachvogel P. // J. Craniofac. Surg. 2006. Vol. 17, №2. P. 255-260.
13. Metallic condylar head prostheses to replace the temporomandibular joint / Driemel O., Buch R.S., Dammer R., Reicheneder C., Reichert T.E., Pistner H. // Kiefer Gesichtschir. 2005. Vol. 9, №2. P. 71-79.
14. Plotnicov N., Sysolyatin P.G. Mandibular primary osteoplasty using orthotopic allografts // J. Cranio-Maxillofac. Surg. 1993. Vol. 21. M1. P. 43-49.
15. Reconstruction of the maxilla and mandible with particulate bone graft and titanium mesh for implant placement / Louis P.J., Gutta R., Said-Al-Naief N., Bartolucci A. A. // J. Oral Maxillofac. Surg. 2008. Vol. 66, №2. P. 235-245.
16. Vu D.D., Schmidt B.L. Quality of life evaluation for patients receiving vascularized versus nonvascularized bone graft reconstruction of segmental mandibular defects // J. Oral Maxillofac. Surg. 2008. Vol. 66, №9. P. 1856-1863.
17. Young C.W., Pogrel M.A., Schmidt B.L. Quality of life in patients undergoing segmental mandibular resection and staged reconstruction with nonvascularized bone grafts // J. Oral Maxillofac. Surg. 2007. Vol. 65, №4. P. 706-712.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ



Власов Д.В.
главный врач КГБУЗ «КГСП №1»,
Председатель аккредитационной ко-
миссии по линии Стоматологической
Ассоциации России по допуску
к осуществлению медицинской
деятельности врачей-стоматологов,
отличник здравоохранения

АВТОРЫ

Власов Д.В., Пархомова В.В.,
Хохлова О.Л.

КГАУЗ «Красноярская городская
стоматологическая поликлиника №1»,
г. Красноярск

Заболевания пародонта – одна из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов от заболеваний пародонта, развиваются в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса.

Огромное значение на возникновение и прогрессирование заболеваний пародонта оказывает некаче-

ственное эндодонтическое лечение, или отсутствие такового при выраженном пародонто-пародон- тальном синдроме, что очень часто наблюдается у пациентов со средней и тяжелой степенью пародон- тита. На современном уровне эндодонтического лечения для врачей-стоматологов неоспоримым фактом является то, что апикальное отверстие не единственное, через которое пульпа сообщается с пародонтальной связкой. Латеральные каналы являются нормальным анатомическим образова- нием многих зубов, особенно в апикальной трети корня зуба и в области фуркаций корней моляров. Следовательно, в пародонтальной связке, в местах выхода латеральных каналов, развивается иден- тичная воспалительная реакция, как и в области апикального отверстия, что в последующем ведет к раздражению круговой связки зуба вдоль всего корня и образованию патологического зубодеснево- го соединения (пародонтального кармана), наличие которого и свидетельствует о степени тяжести течения пародонтального процесса.

Цель исследования

Оценить эффективность комплексного пародонтоло- гического и эндодонтического лечения у пациентов с заболеванием пародонта.

Материалы и методы исследования

Нами была исследована группа из 30 человек со средней и тяжелой степенью тяжести течения пародон- тита, находящихся на лечении у врача-стомато- лог-пародонтолога КГАУЗ «КГСП №1». Средний возраст обследуемых составил 35 – 50 лет.

Состояние слизистой РМА отдела определялась с помощью индекса РМА:

Пародонтальный индекс воспаления

1. Папиллярно-маргинально-альвеолярный пародонтальный индекс (РМА, Schour, Massler, 1948) в модификации Парма (С.Parma, 1960).

Является одним из первых базовых индексов воспа- ления десны. Проводится, как правило, после пробы Шиллера-Писарева, используя аналогичный раствор.

Методика определения. Оценивается состояние дес- ны у каждого зуба: воспаление сосочка (Р) — 1 балл, воспаление краевой десны (М) — 2 балла, воспапе- ние альвеолярной десны (А) — 3 балла.

Оценка результатов:

- до 30% — легкая степень гингивита;
- 30-60% — средняя степень гингивита;
- более 60% — тяжелая степень гингивита.

Индекс РМА у данной группы обследуемых людей составлял 54—56%.

Пародонтальный индекс гигиены полости рта Грина-Вермильона позволяет выявить зубной налет и наличие зубного камня.

Методика определения. Окрашивают вестибуляр- ную поверхность 16, 11, 26, 31 и язычную поверх- ность 46, 36 зубов йодсодержащим раствором. На соответствующих поверхностях исследуемых зубов определяют индекс зубного налета (Debris-index) и индекс зубного камня (Calculus-index), выражают в баллах:

Зубной налет (DI):

- 0 — зубной налет отсутствует;
- 1 — зубной налет покрывает не более 1/3 поверхно- сти коронки зуба;
- 2 — зубной налет покрывает от 1/3 до 2/3 поверх- ности зуба;
- 3 — зубной налет покрывает > 2/3 поверхности зуба.

Зубной камень (CI):

- 0 — зубной камень не выявлен;
- 1 — наддесневой зубной камень покрывает менее 1/3 коронки зуба;
- 2 — наддесневой зубной камень покрывает от 1/3 до 2/3 коронки зуба или имеется поддесневой в виде отдельных глыбок;
- 3 — наддесневой зубной камень покрывает 2/3 коронки зуба и/или поддесневой окружает пришеечную часть зуба.

Индекс гигиены у данных обследуемых людей со- ставлял: зубного налета — 2,0; а зубного камня — 3,0.

Данным пациентам было проведено полное пародонтологическое, терапевтическое обследование: исследование глубины пародонтальных карманов, исследование рентгенологической картины тяжести процесса с последующим принятием решения о повторном эндодонтическом лечении или необходи- мости первичного эндодонтического вмешательства. Параллельно с эндодонтическим лечением проводил- ся полноценный курс пародонтологической терапии, который включал в себя первичную профессиональ- ную гигиену полости рта ультразвуковым аппара- том и пескоструйным аппаратом «Prophy-Mate» с последующим рациональным медикаментозным и физиолечением, снятием поддесневых зубных отло- жений аппаратом «PerioScan» и аппаратом «Vector», с последующим глубоким фторированием зубов пре- паратом «Бифлюорид 12».

Рис. 1.

Prophy-Mateneo



Рис. 2.

Perioscan



Следующим важным фактором является качественное эндодонтическое лечение корневых каналов с исполь- зованием эндомотора.

Рис. 3.

Vector



Эндомотор — техническое приспособление, обеспечива- ющее замедленное вращение инструмента с постоянной скоростью. С его помощью можно лучше рассчитать

Рис. 4.

Эндомотор



усилие и время обработки канала зуба, не рискуя травмировать чувствительные ткани. Он позволяет придать конусность корневному каналу и наиболее качественно его обработать и в дальнейшем запломбировать.

При пломбировании корневых каналов используются различные техники. Для определения длины корневых каналов применяется прибор – апекслокатор. С его помощью достигается идеальная obturation корневых каналов до апексов.

Рис. 5.

Апекслокатор

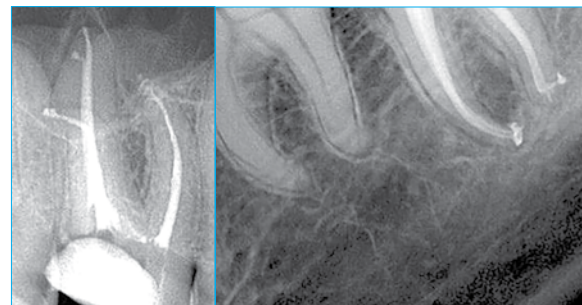


Обтурация гуттаперчей с помощью носителя (такими системами как Thermafil, GT, ProTaper [Dentsply Tulsa DentalSpecialties]) является одним из самых популярных методов пломбирования корневых каналов, который широко используют во всем мире. Данная методика пользуется заслуженным признанием ведущих авторитетов в области эндодонтии, в том числе докторов Stephen Buchanan, Giuseppe Cantatore, Julian Webber, Pierre Machtou, James L. Gutmann, и других.

Эта простая и эффективная процедура значительно снижает рабочее время врача и одновременно обеспечивает полноценную объемную obturation, особенно в узких и анатомически сложных корневых каналах (Buchanan, 2009; Christensen, 1991; Dummer, et al., 1994; Cantatore, 2001) (рис. 1 и 2).

Рис. 6-7.

Корневые каналы с выраженной кривизной запломбированы гуттаперчей с использованием obturator-носителя.



Характеристики и использование системы GuttaCore (Dentsply Tulsa DentalSpecialties)

Система GuttaCore демонстрирует совершенно новый подход в концепции obturation гуттаперчей с помощью носителя. Носители GuttaCore изготовлены не из пластика, а из гуттаперчевого эластомера с поперечными межмолекулярными связями (сшитая гуттаперча). Таким образом, obturator выполнен полностью из гуттаперчи двух различных форм. Это сделано не только для быстрой и качественной трехмерной obturation канала, но и для облегчения этапа препарирования под штифт, а также для упрощения процедуры удаления пломбировочного материала из канала в случаях повторного лечения. Носитель может быть удален из корневого канала с такой же легкостью, как и гуттаперча, поскольку по своей природе он ею и является. Следовательно, для этих целей, мы можем использовать те же инструменты, которые используются для латеральной или вертикальной конденсации гуттаперчи.

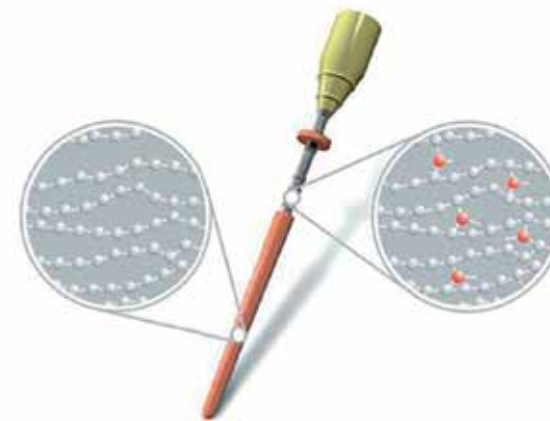
Работать с системой GuttaCore очень легко, но есть ряд ключевых факторов, которые следует учитывать, чтобы избежать ошибок.

Рис. 8.



Рис. 9.

Структура obturator GuttaCore.



Система GuttaCore является универсальной, то есть она может применяться в независимости от того, какие инструменты были использованы для подготовки корневого канала. Однако, согласно исследованиям, корневые каналы должны иметь либо конусность не менее чем 0,06, либо большой диаметр апикального отверстия после препарирования. Это необходимо для того, чтобы обеспечить качественную ирригацию и трехмерную obturation (Boutsioukis, et al., 2010). При использовании системы GuttaCore, корневой канал должен быть расширен, по крайней мере, до размеров 20,06 или 25,04.

Контроль измерений корневого канала является очень важным этапом на пути обеспечения прогнозируемой, высококачественной и трехмерной obturation.

Рис. 10.

Блистерная упаковка с obturators и верификатором.



Рис. 11.

Верификатор размера канала.



Для этого этапа каждая блистерная упаковка системы GuttaCore, кроме пяти obturators, имеет верификатор соответствующего размера и конусности. Это ручной инструмент, который пассивно вводится на рабочую длину корневого канала. Если верификатор проходит канал с трудностями на всю рабочую длину, он может быть использован в качестве финишного файла для расширения апикального отверстия.

Рабочая длина устанавливается на obturatorе, после чего его помещают в специальный держатель нагревательных элементов печи ThermaPrep 2 (Dentsply Tulsa DentalSpecialties).

Рис. 10.

Блистерная упаковка с obturators и верификатором.



Отличительными характеристиками печи ThermaPrep 2 являются быстрый трехмерный нагрев obturators (при этом не нарушаются свойства носителя гуттаперчи), а также возможность функционирования обоих нагревательных элементов одновременно.

При работе с системой GuttaCore, в отличие от obturators с пластиковым носителем, установленный на панели управления печи минимальный уровень нагрева 20-25 не зависит от размера obturatorа.



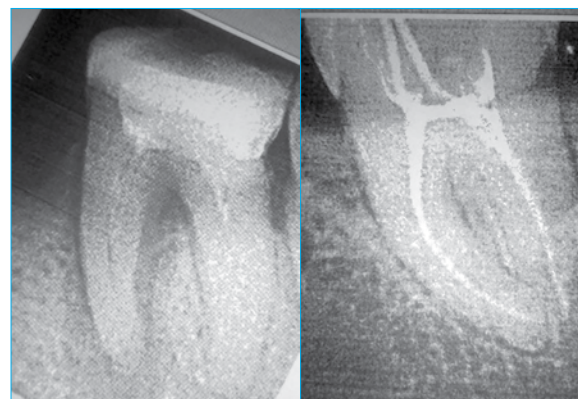
Разработка obturационной системы GuttaCore действительно является эволюционным шагом в эндодонтии. Эта система обеспечивает оптимальную трехмерную obturацию быстро и без особых усилий даже в тех случаях, когда у врача могут возникнуть определенные проблемы при использовании других эндодонтических методик. Эндодонтия развивается в направлении упрощения технических процедур и сокращения рабочего времени стоматолога, необходимого для их выполнения. Новые инструменты, материалы, приборы и аксессуары разрабатываются в целях снижения количества рабочих этапов и оптимизации трудоемкости эндодонтического лечения. В то же время должное внимание следует уделять тому, чтобы обеспечить одновременно и высокий уровень прогнозирования результатов, и общий успех лечения.

Примеры использования системы GuttaCore в клинических ситуациях с нестандартной анатомией корневых каналов.



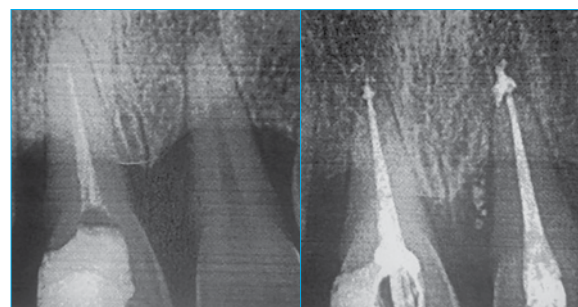
Количество исследуемых пациентов	Выраженный эффект лечения	Слабовыраженный эффект лечения	Отсутствие эффекта лечения
30 человек	63,3%	30%	6,7%

В результате проведенного нами исследования были получены следующие результаты. Через 6-9 месяцев после проведенного комплексного пародонто-эндодонтического лечения, среди исследуемой группы из 30 человек выраженный эффект наблюдается у 19 человек, что составляет 63,3%; слабовыраженный



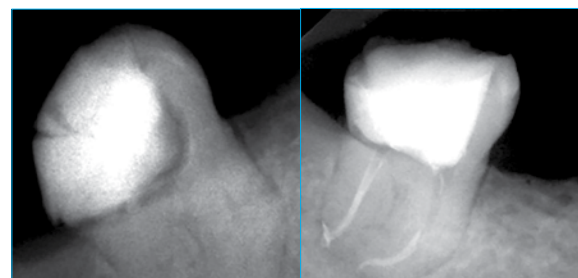
Пациент 47 лет
ситуация до лечения.
37 зуб. ПК-7мм,
Патологическая
подвижность
I степени.

Тот же пациент,
ситуация через 8 месяцев
после комплексного
лечения. ПК-3мм, пато-
логическая подвижность
отсутствует,
37 зуб стабилен.



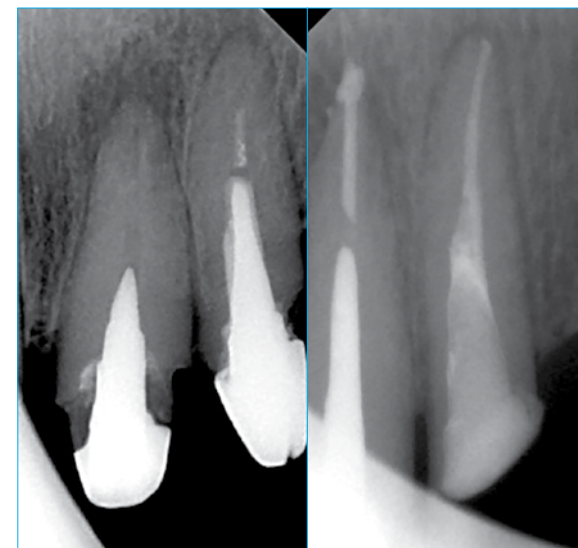
Пациента 39 лет,
11, 21 зубы. 11 зуб
6 лет назад лечен по
осложненному кариесу.
Патологическая
подвижность
II степени, ПК-5 мм.

Та же пациентка,
рентгенологическая
картина через
4 месяца после лече-
ния. ПК-3мм.
Патологическая под-
вижность I степени.



Пациент 49 лет.
48 зуб. Ситуация до
лечения. Патологиче-
ская подвижность I
степени. ПК-4 мм.

Тот же пациент, рент-
генологическая картина
через 5 месяцев после
комплексного лечения.
ПК-2мм. Патологической
подвижности нет.
48 зуб стабилен.



Пациентка 51 год.
22, 23 зубы. Состоя-
ние до лечения.
Патологической
подвижности нет.
ПК-4-5мм.

Та же пациентка.
Рентгенологическая кар-
тина через 6 месяцев по-
сле комплексного лечения.
Патологической подвиж-
ности нет. ПК-до 2мм.



Пациент 54 года.
31 зуб. На момент
обращения имела-
сь шинирующая кон-
струкция, которая
была заменена после
проведенного ком-
плексного лечения.
31 зуб подвижен,
степень –III, ПК-9мм

Тот же пациент. Рент-
генологическая картина
через 6 месяцев после
проведенного комплексно-
го лечения. Шинирующая
конструкция стабильна.

эффект наблюдается у 9 человек – 30%; отсутствие такого наблюдаем у 2-х человек, но данные пациен-
ты имеют в анамнезе отягощенный соматический
статус (сахарный диабет, онкозаболевание).

После проведенного комплексного пародонто-эндо-
донтического лечения пациентов с заболеванием па-
родонта отмечается положительная динамика у 93,3%
обследуемых, что объясняется стимуляцией регуля-
торной активности кости альвеолярного отростка.

Индексы РМА после лечения составляют 4-33%.

Индекс гигиены у данных обследуемых людей после ле-
чения составил: зубного налета – 0 и зубного камня – 0.

Клинически, меняется глубина пародонтологическо-
го кармана, уменьшение глубины на 2-3 мм; изме-
няется показатель степени патологической подвиж-
ности зубов, снижение такого. Рентгенологически,
визуализируется уплотнение костного рисунка, за
счет образования костных балок, увеличение объема
костной ткани.

Данными приборами и материалами оснащена наша
поликлиника и специально обученный персонал
владеет методиками его использования.

Комплексное оснащение ЛПУ от компании Еламед:

Все, что вам нужно - в одном месте.

- Медицинская мебель
- Дезинфекционное оборудование
- Физиотерапевтическая техника
- Лабораторная посуда
- Расходные материалы
- И многое-многое другое...

Компания ЕЛАМЕД это:

- ✓ 38 лет успешной работы.
- ✓ 80% медицинских учреждений, оснащенных изделиями компании, в том числе Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ.
- ✓ Гарантия на продукцию от 1,5 до 3 лет.
- ✓ Послегарантийный ремонт за счет сети сервисных центров по всей стране.
- ✓ Декларации о соответствии и регистрационные удостоверения на всю продукцию. У вас никогда не будет проблем при проверках.
- ✓ Большой ассортимент продукции.
- ✓ Собственный научно-технический центр.
- ✓ Собственный тендерный отдел для самостоятельного участия в закупках без посредников и их наценок.
- ✓ Персональный менеджер для каждого партнера.



Ваш надежный поставщик!



Мед. изделия для дезинфекции



НОВИНКА!

Вакуумные системы
забора крови



Медицинская мебель

Все это и многое-многое другое вы найдете на сайте www.elamed.com

Позвоните нам или напишите на электронную почту: latim2008@elamed.com Тел.: +7 (49131) 91-4-50, 22-1-09,
Адрес: 391351, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, 25 +7 (4912) 28-43-37, 27-51-52, +7 (495) 419-00-23, 221-27-77
www.elamed.com

Широкие возможности физиотерапии

Портативные магнитотерапевтические аппараты компании ЕЛАМЕД – это составная часть качественного комплексного лечения, комфортного для пациента и врача. Они позволяют специалисту результативно работать как в физиопроцедурном кабинете, так и у постели больного, утратившего способность к самообслуживанию.

Компания ЕЛАМЕД – лидер отечественного медицинского приборостроения

Аппарат магнитотерапевтический "Полимаг-02М"



- ▶ Показания к применению: заболевания нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем, опорно-двигательного аппарата и другие.
- ▶ Предназначен для общей и локальной терапии настраиваемым низкочастотным, низкочастотным импульсным магнитным полем.
- ▶ Возможно лечение двух пациентов одновременно, каждого по индивидуальной программе.
- ▶ Имеет возможность беспроводного подключения к ПК и управления оборудованием в дистанционном режиме.

- ▶ Применяется в педиатрии.
- ▶ Конструкция основных излучателей позволяет добиться эффекта магнитного поля соленоида.
- ▶ В памяти аппарата запрограммировано 99 программ для лечения различных заболеваний, с возможностью ручной корректировки параметров, для создания авторских методик лечения.
- ▶ Мобильность аппарата дает возможность перемещать его непосредственно в палату к лежащему больному.

Аппарат магнитотерапевтический "Алмаг-02"

- ▶ Предназначен для лечения низкочастотным низкочастотным импульсным магнитным полем
- ▶ Показания к применению: острые и хронические заболевания сердечно-сосудистой, бронхолегочной, нервной, опорно-двигательной систем, внутренних органов, нарушения иммунитета, травматические повреждения и их осложнения.

- ▶ Аппарат содержит 79 предустановленных программ воздействия.
- ▶ Аппарат прост и лёгок в применении. Для работы с ним не требуется специальная подготовка и обучение.
- ▶ Разнообразие излучателей позволяет одновременно оказывать магнитотерапевтическое воздействие на разные зоны.



Аппарат магнитотерапевтический "Офальмаг"



- ▶ Показания к применению: заболевания глаз, ЛОР-органов, а также неврологические и травматологические поражения головы.
- ▶ Предназначен для лечения импульсным низкочастотным магнитным полем в условиях физиотерапевтических отделений и кабинетов лечебно-профилактических учреждений.
- ▶ Может применяться и в других областях медицины, а именно: отоларингология; неврология; стоматология и др. (ограниченные областью головы).
- ▶ 42 программы воздействия позволяют без специальной настройки активировать необходимые параметры воздействия.
- ▶ Небольшой вес и повышенная износостойкость излучателей обеспечивает интенсивную эксплуатацию.

Установки УЗО «МЕДЭЛ»

Чисто. Просто. Безопасно

Назначение: УЗО «МЕДЭЛ» предназначены для предстерилизационной очистки инструментов и изделий медицинского назначения из металла, стекла и пластмассы от белковых (кровь, жир, ткани и т.д.) и других загрязнений. Рабочий объем установок УЗО «МЕДЭЛ»: 1, 3, 5, 10 литров.

Преимущества ПСО в установках УЗО:

- Значительное снижение трудоемкости процесса обработки.
- Сокращение контакта с загрязненными изделиями, снижение риска травматизма и инфицирования персонала.
- Повышение качества очистки.
- Количество загружаемых инструментов не влияет на качество очистки.
- Повышение срока службы инструмента.
- Возможность многократного использования дезинфицирующих и моющих средств.



Поточный метод

дает возможность очищать большое количество инструмента при использовании дополнительных ЕДПО



Теперь вы можете приобрести новые автоклавируемые ЕДПО-С, объемом 1, 3, 5 литров и рабочей температурой 120°C.

Позвоните нам или напишите на электронную почту: latim2008@elamed.com Тел.: +7 (49131) 91-4-50, 22-1-09, Адрес: 391351, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, 25 +7 (4912) 28-43-37, 27-51-52, +7 (495) 419-00-23, 221-27-77 www.elamed.com

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО КАК ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



И.А. Рябков

АВТОРЫ

И.А. Рябков, Б.Е. Куликов,
Р.И. Андреев, М.В. Скрипачев.

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карловича»

Обтурационная кишечная непроходимость характеризуется нарушением продвижения кишечных масс по кишечнику на любом из ее уровней, то есть она может быть как тонкокишечная, так и толстокишечная.

Чаще всего диагноз обтурационной кишечной непроходимости ставят пациентам старшей возрастной группы, поскольку у них большая вероятность онкологической патологии в толстой кишке. Но в каждом конкретном случае клиника обтурационной непроходимости имеет свою закономерность. Обычно ей свойственна прогрессирующая в течение нескольких дней клиническая картина заболевания, что может позволить хирургу диагностировать и подготовить больного к радикальной операции.

В неотложной хирургии анамнез заболевания, состояние больного, минимальный объем обследования, а

также интуиция хирурга позволяют в минимальные сроки не только поставить правильный диагноз, но и решиться на адекватную тактику лечения больного. Приводим два неординарных случая кишечной непроходимости, связанных с инородным телом.

Больной 54-х лет в феврале 2018 года был доставлен скорой помощью в БСМП с клиникой кишечной непроходимости. Со слов пациента, семь лет назад в Чите его оперировали косым доступом в правом подреберье по поводу острого панкреатита – шесть вхождений в живот (выписку не предоставил). Два дня назад, отдыхая за рубежом, он почувствовал схваткообразные боли в животе. Был обследован в клинике Бангкока, где рентгенологически обнаружили инородное тело в тонкой кишке и признаки кишечной непроходимости (рис. 1). От предложенного оперативного лечения мужчина отказался и вылетел на родину. При осмотре в приемном отделении наблюдалась клиническая картина кишечной непро-

Рис. 1.
Обзорная рентгенография брюшной полости с инородным телом и раздутыми петлями тонкой кишки.



ходимости с непонятным пальпируемым конгломератом в правой половине живота, что визуально давало его деформацию. Перитониальная симптоматика. Принято решение оперативного вмешательства.

Лапаротомия – обнаружен конгломерат из раздутых петель тонкой кишки в правой половине живота, что и создавало тонкокишечную непроходимость. При разделении спаечного процесса, в результате уже возникшего нарушения трофики кишечника, имело место ее десерозирование. Но основной причиной непроходимости стала перфорация тонкой кишки инородным телом – дренажной трубкой холедоходуоденоанастомоза (рис. 2). Затем возникшим ограниченным воспалительным процессом, что и создало непроходимость (рис. 2). Произведена резекция (конгломерата) тонкой кишки протяженностью до полутора метра с наложением энтеро-энтероанастомоза. Послеоперационный период гладкий, больной выписан на 10-е сутки.

Во втором случае больная А. 57-ми лет в марте этого года также была доставлена скорой помощью с диагнозом «острый живот». Из анамнеза выяснено, что четыре месяца до этого ей была наложена гастростома по поводу ожоговой стриктуры пищевода (использовался зонд Фоллея) При осмотре обнаружилось: женщина истощена, живот не вздут, пальпаторно мягкий, болезненный в верхних отделах с перитониальной симптоматикой. Рентгенологически: свободного газа нет, кишечник не раздут, инородное тело желудочно-кишечного тракта (зонд). С диагнозом «перитонит» неясной этиологии пациентка была взята в операцию. Лапаротомия. При ревизии обнаружено, что зонд Фоллея опустился за связку Трейца на 20-30 см.

Рис. 2.
Инородное тело тонкой кишки – дренажная трубка холедоходуоденоанастомоза.

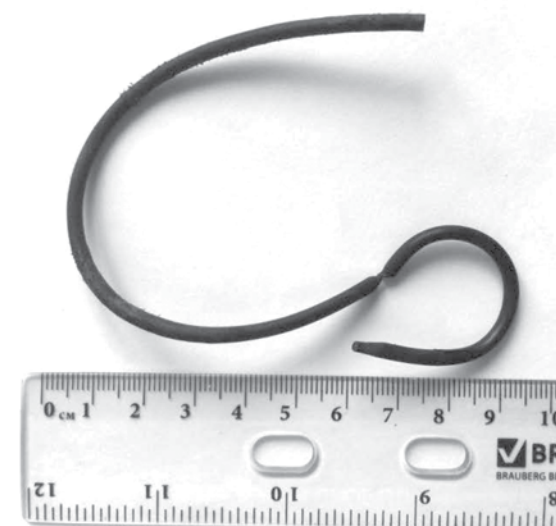


Рис. 3.
Схематическое изображение обтурации тонкой кишки катетером Фоллея.



Манжетка его была раздута, что и создавало высокую непроходимость, а также некроз стенки кишки в данном месте без перфорации (рис. 3).

Были вскрыты кишка и манжета, откуда излилось пищевое содержимое, после чего зонд удалили. Была произведена резекция некротического участка тонкой кишки с последующим анастомозированием и постановкой нового зонда гастростомы. К сожалению, больная погибла на следующие сутки от полиорганной недостаточности. В данном случае имело место неправильное введение пищи, то есть в манжету зонда, что и привело к летальному исходу.

Резюме: обтурационная кишечная непроходимость может выражаться не только академическими проявлениями, но и редкими возможностями ее происхождений, что не всегда заранее может коррегировать оператор. В каждом конкретном случае хирург должен объективно подходить к поставленной перед ним задачей.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЗАКРЫТЫМ РАЗРЫВОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ



А.М. Мунин

АВТОРЫ

А.М. Мунин.

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Актуальность

В клинической практике травмы трахеи встречаются относительно редко. Особенности топографии и строения трахеи обуславливают ее подвижность и защиту за счет подбородка, грудной стенки, позвоночника, а также упругость и эластичность. Тем не менее травмы трахеи все же возникают, и пострадавшие, особенно при сочетании травм трахеи с повреждениями прилежащих органов и крупных сосудов, часто погибают до поступления в медицинские учреждения.

Все виды травм трахеи принято разделять на закрытые и открытые, то есть без нарушения или с нарушением целостности кожных покровов. Выделяют неполные и полные разрывы (всех слоев мембранозной или хрящевой части).

По направлению повреждения могут быть: поперечными, продольными, косыми и циркулярными.

Основная причина трахеобронхиальной травмы (ТБТ) – дорожно-транспортная травма: удар грудью о руль либо ремни безопасности автомобиля при ДТП и резком торможении, реже при запрокидывании головы кзади, ударе шеи о спинку сиденья автомобиля, наездах мотоциклистов и велосипедистов на проволоку. Таким образом, причины повреждения трахеи и бронхов могут быть самыми разнообразными, частота повреждений, по данным литературы, составляет 0,5-1% от всех травм, и это количество постоянно увеличивается.

Госпитальная смертность при закрытой ТБТ составляет 13 – 21,8%. Основными причинами госпитальной летальности являются тяжелые сочетанные повреждения, медиастинит, сепсис, синдром полиорганной недостаточности.

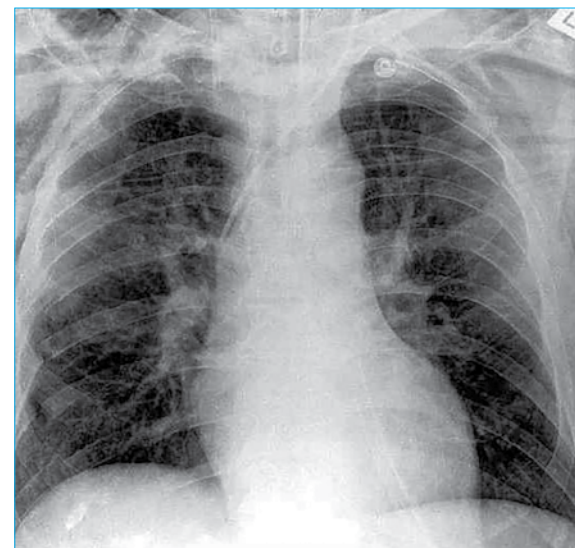
Клиника ТБТ зависит от степени повреждения и проявляется развитием газового, компрессионного и аспирационного синдромов, в основе которых лежит развитие напряженного пневмоторакса, нарастающей эмфиземы средостения со сдавлением крупных вен, правых отделов сердца и дислокации средостения. При тяжелой сочетанной ТБТ преобладают признаки шока, кровопотери и дыхательной недостаточности.

Методы диагностики ТБД не сложны: это рентгенологическое исследование, компьютерная томография, а фибротрахеобронхоскопия (ФТБС) является основным методом ранней диагностики ТБТ, которая во многом определяет хирургическую тактику.

Объем хирургического вмешательства может быть самым различным: от первичной хирургической обработки раны шеи с трахеорафией до резекции трахеи и наложения циркулярного межтрахеального или бронхотрахеального анастомоза. Хирургический доступ выбирается индивидуально.

Анализ литературы показывает, что при своевременной активной хирургической тактике лечения большинства пострадавших с ТБТ может быть спасено.

Данное заключение подтверждает эпизод, имевший место в нашей практике.



Клинический случай. 22.08.18 в ПДО бригадой ГССМП была доставлена девушка 23 лет (и/б 71911) в тяжелом состоянии с сочетанной автодорожной травмой. При поступлении больная на спонтанном дыхании, уровень сознания – кома I. Со слов очевидцев, во время ДТП находилась на пассажирском сиденье в легковом автомобиле. При стандартном обследовании в приемном покое был выставлен диагноз: сочетанная травма: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Линейный травматический дефект наружной кортикальной пластинки правой теменной кости. Перелом остистого отростка С7. Компрессионные переломы тел Th4, Th5, Th9, Th11. Закрытая травма грудной клетки. Ушибы легких. Двусторонний пневмоторакс. Ушибленная рана лобной области.

Больная помещена в реанимационное отделение, выполнены интубация трахеи, перевод на ИВЛ, иммобилизация шейного отдела позвоночника воротником Шанца, дренирование обеих плевральных полостей, ПХО раны головы. В динамике по плевральным дренажам на активной аспирации сохранялся постоянный сброс воздуха, нарастала подкожная эмфизема грудной клетки, которая распространилась на лицо, шею, верхние конечности. На серии компьютерных томограмм картина пневмомедиастинума, выраженной эмфиземы мягких тканей шеи, грудной клетки, брюшной стенки. Выполнена трахеобронхоскопия, на которой выявлен сквозной дефект в проекции мембранозной части грудного отдела трахеи.

По экстренным показаниям было произведено оперативное лечение. Под эндотрахеальным наркозом выполнена боковая торакотомия справа по IV-му межреберью в положении на левом боку. При ревизии обнаружен продольный разрыв мембранозной части трахеи проксимальнее карины на 1,5 см, протяженностью до 4,0 x 1,0 см. Края стенок трахеи в месте разрыва имбибированы кровью, паратрахеальные ткани расслоены образовавшейся гематомой. Учитыва-

вая локализацию и протяженность разрыва в данной ситуации единственной возможностью было произвести его ушивание. После мобилизации краев произведено ушивание разрыва мембранозной части трахеи отдельными узловыми швами нитью «Prolisorb 3/0» в продольном к оси трахеи направлении с последующей плевризацией. Дополнительно к линии швов уложена салфетка «Tachocomb». Плевральная полость дренирована двумя трубчатými дренажами, ушита.

Для проведения интенсивной терапии после проведенной операции больная была переведена в ОРИТ №5. Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольной серии компьютерных томограмм на следующие сутки после операции легкие расправились, нарастания эмфиземы средостения, мягких тканей не наблюдалось. Сброс воздуха по плевральным дренажам прекратился. На контрольной ФТБС, выполненной через 5 суток после операции, сужения просвета трахеи не отмечается. В дальнейшем плевральные дренажи были удалены, больная переведена в отделение нейрохирургии для продолжения лечения по поводу тяжелой ЧМТ. В дальнейшем состояние с положительной динамикой, гипертермии не было, на контрольных рентгенологических исследованиях легкие расправлены, эмфизема регрессировала, сохранялись плевроапикальные изменения справа. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии 30.09.18. с рекомендациями наблюдения торакального хирурга амбулаторно.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА I-ГО ТИПА



Е.В. Речкова

АВТОРЫ

**Е.В. Речкова, Н.А. Балашова,
Н.Д. Пелых, Е.А. Пронина,
Т.М. Парфенова**

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Аутоиммунные полиглангулярные синдромы (АПС) представляют собой первичное аутоиммунное поражение двух и более периферических эндокринных желез, сопровождающееся их недостаточностью, и часто сочетающиеся с различными неэндокринными заболеваниями аутоиммунного генеза.

Аутоиммунный полиглангулярный синдром I-го типа (АПГ-I, кандидо-

полиэндокринный синдром, APECED – autoimmune polyendocrinopathy, candidasis, ectodermal-dystrophy; MEDAC – multiple endocrine deficiency autoimmune candidasis) – редкое заболевание, для которого характерна классическая триада, описанная Дж. Уайткером: слизисто-кожный кандидоз, гипопаратиреоз, первичная хроническая надпочечниковая

недостаточность. Классической триаде могут сопутствовать первичный гипогонадизм, значительно реже первичный гипотиреоз, сахарный диабет I типа. Среди неэндокринных заболеваний при АПС-I могут встречаться пернициозная анемия, витилиго, алопеция, хронический активный гепатит, синдром мальабсорбции, гипоплазия зубной эмали, кератопатия, дистрофия ногтей, аспленизм, бронхиальная астма, гломерулонефрит (1).

Наиболее существенным открытием последних лет в области исследования АПС является открытие гена, мутации в котором приводят к развитию АПС-I. Этот ген расположен на 21q22.3 хромосоме и получил название AIRE (от autoimmune regulator). В отношении АПС-I мы имеем дело с единственным известным в патологии человека аутоиммунным заболеванием с моногенным характером наследования, когда аутоиммунный процесс в большинстве эндокринных желез и многих других органах обусловлен мутацией одного-единственного гена (2).

Учитывая, что подобная патология встречается достаточно редко, ее диагностика и лечение представляет наибольший интерес.

Так, в 2015 году на лечении в эндокринологическом отделении КГБУЗ «КМКБСМП», находился больной И. 19 лет. Доставлен скорой помощью 8.10.15 с жалобами на выраженную слабость, сонливость, головокружение, отсутствие аппетита, тошноту. С диагнозом «гипогликемическое состояние» (сахар крови 3,0 ммоль/л), госпитализирован в эндокринологическое отделение.

В анамнезе с 4-х лет кандидозный стоматит. За полгода до поступления в БСМП перенес ОРВИ, появилась артериальная гипотония, общая слабость. По линии РВК проходил обследование в психоневрологическом диспансере, поставлен диагноз «психопатия истероидного типа, астено-депрессивный синдром». Ухудшение самочувствия за 3 дня до настоящей госпитализации (тошнота, рвота, боли в животе, слабость), обследовался в ГКБ№20, диагностирован острый гастрит, депрессивный синдром. Выписан на амбулаторное лечение.

При поступлении в БСМП состояние расценено как тяжелое. В сознании, однако, быстро истощается, речь невнятная, на вопросы отвечает адекватно.

Движения медленные, с большим усилием. Кожные покровы чистые, умеренно гиперпигментированы, выраженные ладонные линии, клинические признаки гипогонадизма. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, Ч.Д.Д.16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, АД 70/40 мм рт.ст., Ч.С.С.86 в 1 мин. Язык красный, с белыми наложениями, живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет. В анализах крови гипогликемия (3,0 ммоль/л), гиперкалиемия (6,3 ммоль/л), гипонатриемия (100 ммоль/л). Лейкоцитоз 13,6 без изменения формулы. Гемоглобин 179 г%.

Проводилась симптоматическая терапия. В дальнейшем состояние больного прогрессивно ухудшалось. Нарастала общемозговая симптоматика (уровень сознания – умеренное оглушение), сохранялась артериальная гипотония, выраженные нарушения электролитного состава крови ($\uparrow K$, $\downarrow Na$, $\downarrow Ca$).

На 2-е сутки пребывания больного в стационаре был выставлен диагноз «аутоиммунный синдром полиглангулярной недостаточности I типа» (слизисто-кожный кандидоз, первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, первичный гипопаратиреоз, гипогонадизм). Назначена заместительная гормональная терапия (преднизолон 10 мг, кортикостероид 1 т). Уровень кортизола крови 160 с последующим снижением до 50 Мед/л.

Однако несмотря на проводимую терапию состояние продолжало ухудшаться. Уровень сознания – до глубокого оглушения. Больной был переведен в реанимационное отделение. В связи с нарушением функции внешнего дыхания переведен на ИВЛ. В дальнейшем диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония. На ИВЛ находился с 19.10 по 1.11.15.

Больной осмотрен главным эндокринологом города Е.В. Крижановской, главным эндокринологом края проф. С.А. Догадиным, диагноз аутоиммунного синдрома полиглангулярной недостаточности I типа был подтвержден, проводилась коррекция терапии, однако при попытке увеличить дозу заместительной терапии, наблюдалось увеличение АД до 140/90 мм рт.ст.

С первых дней госпитализации ведение больного осуществлялось совместно с неврологом. Для исключения воспалительного поражения ЦНС проведена спинномозговая пункция, КТ головного мозга. В ликворе белок 123 мг/л, цитоз – 1; по данным КТ – признаков поражения вещества мозга нет, гидроцефалический синдром не установлен. В неврологическом статусе при осмотре в первые дни нарушений со стороны двигательной сферы, менингеального синдрома не выявлено. В период до 25.10.15 у больного формируются сгибательные контрактуры

практически во всех суставах верхних и нижних конечностей, вынужденная поза (внутриутробная) с запрокинутой головой, грубый бульбарный синдром, отсутствие речи.

Электролитный баланс в целом нормализовался к 11.10.15. В анализах крови начиная с 10.10.15 – лейкоцитоз от 15 до 23,5 тыс. со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ до 46 мм/час, умеренно выраженное повышение печеночных ферментов (АЛТ 92, АСТ 113).

С 15.10 по 25.10.15 развивается кахексия. Значительно изменяются показатели КФК до 943 (в норме до 174), в последующем – 270.

Учитывая молодой возраст больного, его принадлежность к мужскому полу, наличие выраженных неврологических нарушений, проводилась дифференциальная диагностика с аденолейкодистрофией.

8.11.15 проводится МРТ головного мозга – симметричные изменения интенсивности сигнала от хвостатых ядер, скорлупы, медио-базальных отделов таламуса, бледных шаров, с дальнейшим распространением по ходу кортико-спинальных трактов (нейродегенеративного или метаболического характера).

При иммунологическом обследовании, несмотря на отсутствие изменений со стороны абсолютных значений, отмечается снижение дифференцировки СДЗ – лимфоцитов, угнетение функции фагоцитов, выраженный В-лимфоцитоз. Отмечалось, что при резком увеличении СД19 их функциональная активность низкая.

11.11.015 проведен консилиум в составе проф. С.В. Прокопенко, проф. В.В. Народовой, проф. М.М. Петровой, проф. А.Л. Сумарокова, проф. А.И. Грицан, ведущих заинтересованных отделений и лечащих врачей. Консилиум пришел к заключению о наличии у больного врожденного иммунодефицита с развитием слизисто-кожного кандидоза, последующим присоединением эндокринной полиглангулярной недостаточности, которая привела к метаболической энцефалопатии (понтинный миелониз), миопатоподобному синдрому.

К лечению добавлены: тималин, анаболические гормоны, усилена нейрометаболическая терапия, добавлены малые дозы антихолинэстеразных препаратов.

На фоне скорректированной терапии на 5-6-е сутки начала проявляться положительная динамика: больной полностью пришел в сознание, появилось самостоятельное глотание, активная речь, контроль функций тазовых органов, практически регрессировали контрактуры в коленных и голеностопных суставах. Дальнейшее лечение проводилось в условиях неврологического отделения.

На фоне общего улучшения состояния пациента обращала на себя внимание периодическая макрогематурия, рези при мочеиспускании, сохранялся вечерний субфебрилитет (37 – 37,3°). Больной неоднократно осматривался урологом, диагностирован нейрогенный мочевого пузырь, хронический цистит (на фоне длительно стоящего уретрального катетера).

К моменту выписки больного из стационара полностью регрессировал бульбарный синдром (исчезла дисфагия, дизартрия), выросла мышечная сила в конечностях (в ногах до 4-4.5 балла, в руках проксимально до 3 баллов), в правой кисти сохранялась грубая сгибательная контрактура, парез сгибателей до 0 баллов. Больной самостоятельно передвигался по отделению, АД 110-120/70 мм рт.ст., полностью восстановился электролитный состав крови. В ОАК лейкоцитоз 14,1 тыс., без изменения формулы, СОЭ 31 мм/час, гипертромбинемия. В ОАМ – транзиторная макрогематурия, протеинурия (180-1600 мг/л), большое количество трипельфосфатов, фосфатов).

16.12.15 больной был выписан из неврологического отделения с диагнозом «вторичный понтинный миелоз с грубым тетрапарезом, формированием контрактур в кистях, бульбарным синдромом (дисфагией, дисфонией, дизартрией) на фоне аутоиммунного синдрома полигландулярной недостаточности 1 типа (слизисто-кожный кандидоз, первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжелое течение, гипопаратиреоз, средней степени тяжести, клинический гипогонадизм, алопеция».

Соп. Нейрогенный мочевого пузырь, хронический шеечный цистит (на фоне длительно стоящего уретрального катетера).

При выписке было рекомендовано продолжить заместительную терапию (преднизолон 1 т./сут., кортинеф ½ т. утром, альфакальцитол 25 мг х 2 раза; танакан 40 мг 1 т.х 3 р. до 3 мес., уросептики, курс нейрореабилитации в ФМБА.

После выписки из стационара в течение 2 недель больной чувствовал себя относительно удовлетворительно, однако с первых чисел января вновь стала нарастать слабость, перестал самостоятельно передвигаться. 5.01.16 заочно был консультирован профессором С.А. Догадиным, была увеличена доза заместительной терапии (преднизолон до 15 мг/сут., кортинеф до 1 т.). Однако самочувствие не улучшилось, появился бронхообструктивный синдром, постоянная макрогематурия. 8.01.10 больной вновь доставлен в ГКБ№6 и госпитализирован в нефрологическое отделение с диагнозом «геморрагический цистит».

При поступлении обращал на себя внимание лейкоцитоз до 25 тыс., снижение Na до 100 ммоль/л, при нормальном уровне К. Наблюдалось повышение

печеночных ферментов более чем в 5 раз, в дальнейшем выявлены положительные маркеры гепатита С (HCV-core Ag, HCV-NS Ag). По данным УЗИ – множественные камни мочевого пузыря.

В отделении наблюдалось неоднократное отхождение камней мочевого пузыря, осматривался урологом. 15.01.16 проведена цистоскопия – деструктивный фибринозный цистит. Удалены сгустки фибрина, инкрустированные солями 1 х 4 см, 5 х 4 см.

Инфекционистом диагностирован вирусный гепатит С с высокой ферментативной активностью.

На фоне проведения заместительного лечения, а также а/бактериальной терапии, местного орошения мочевого пузыря 3% р-ром борной кислоты самочувствие больного улучшилось, нормализовался электролитный состав, лейкоцитоз снизился до 13,7 тыс., значительно уменьшился уровень печеночных ферментов. Больной стал активным, перестал нуждаться в посторонней помощи.

При выписке помимо заместительной терапии (преднизолон 10,5 мг, кортинеф 0,1 мг, альфа ДЗ-тева 0,5 х 2 раза) рекомендована диета с ограничением молока и молочных продуктов, растительной пищи, уролесан, фитолизин, наблюдение эндокринолога по месту жительства.

На протяжении последующих лет осуществлялась обратная связь с эндокринологом, наблюдавшим данного пациента. На фоне заместительной терапии состояние оценивалось как удовлетворительное.

ЛИТЕРАТУРА:

Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2000. – 632 с.

Фадеев В.В. Надпочечниковая недостаточность (клиника, диагностика, лечение). – М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – 44с.

НАШ ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК



АВТОРЫ

И.А. Рябков,
заведующий операционным блоком с 2010 года
Л.В. Курнавкина,
старшая операционная сестра

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»



Лысенко Галина Михайловна,
заведующий операционным блоком
1975- 1987 г. г.



1981 год



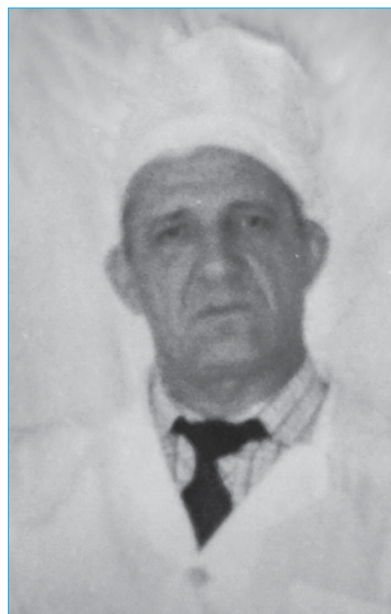
1978 год

Официально считается, что больница скорой медицинской помощи в полном объеме стала функционировать с 1974 года. Вместе с плановыми открытиями хирургических отделений начало работать и отделение под названием «операционный блок» с 11-ю операционными, 5 из которых действовали в круглосуточном режиме. Первоначально работали 13 операционных сестер и 8 санитарок. Было тяжело.

Учитывая статус больницы, ее хирургическую многопрофильность, понадобился грамотный и ответственный подбор кадров операционного блока. Первыми руководителями были опытейшие (иначе называть нельзя) специалисты: хирург Галина Михайловна Лысенко и ее верная помощница старшая операционная сестра Анна Александровна Осколкова. Они формировали коллектив, передавали секреты работы операционной сестры. Слаженность и взаимозаменяемость в их работе решали проблемы и исход оперативных вмешательств, особенно в экстренной хирургии при ранениях, сочетанных травмах, желудочно-кишечных кровотечениях, перитонитах. Верными помощниками старшей сестры были дублиеры в работе: Тамара Геннадьевна Фролова, Валентина Дмитриевна Власова, Ирина Александровна Казаковцева.

Расширялся штат. Операционные сестры, начинающие работать еще как «пионеры» в 70-е годы, сейчас имеют такой опыт в ассистенции

из истории одного отделения



Чечкин Сергей Михайлович,
заведующий операционным блоком
1987-1998 г.г.



Цибульский Юрий Александрович,
заведующий операционным блоком
2000-2010 г.г.



80 ые годы



1987 год

из истории одного отделения

хирургам, которому могут позавидовать даже молодые врачи. Это такие операционные сестры, как Валентина Федоровна Данилова, Татьяна Николаевна Пролетская, Валентина Ивановна Хлус, Светлана Николаевна Береснева, Наталия Викторовна Будник, Тамара Григорьевна Зинченко. Именно эти операционные медицинские сестры передали свой опыт работы уже не одному поколению. В настоящее время опе-



1996 год



1999 год

из истории одного отделения



2000 год



Медицинские сестры
Осколкова Анна Александровна,
Сенченко Галина Александровна,
Ильина Тамара Алексеевна,
Курнавкина Людмила Владимировна.



2000 год

рационные сестры БСМП считаются не только самыми красивыми, но и самыми опытными в Красноярском крае, востребованными.

Хотя и это еще не все. Хирургия имеет тенденцию к развитию, что ярко отражено и в нашей больнице. Операционный блок снабжен новейшей аппаратурой, с которой должны уметь работать медсестры. Это, можно сказать, их «инженерная специальность»: модификации шивающей аппаратуры на все возможные органы человека, эндоскопические стойки (хирурга, травматолога, гинеколога, нейрохирурга, уролога), различная вспомогательная аппаратура и т.д.

Начиная с прошлого века, тяжелых 90-х годов, и до настоящего времени в стране идут мощные технические преобразования, а также в разы

из истории одного отделения

выросла нагрузка на человека, что привело к увеличению и утяжелению заболеваний, особенно больных возрастного периода. Значительно увеличился различного вида травматизм. Все в совокупности взятое потребовало не только увеличения штата операционного блока, но и постройки нового здания для приема больных любой категории сложности, а также оказания им, при необходимости, любого объема оперативных вмешательств: при травме головы, позвоночника, опорно-мышечного аппарата, органов грудной клетки и живота, мочеполовой системы, гинекологических заболеваний, а также проведение диагностических мероприятий любого уровня.

Сейчас функционирует 21 операционная и 2 перевязочных. В перспективе будут открыты еще 4 операционных для гнойно-септических больных. Работают 35 операционных медицинских сестер, 27 санитаров, 23 врача различного хирургического профиля. Необходимо отметить, что все врачи – бывшие интерны или ординаторы БСМП, в 90% имеющие высшую квалификационную категорию.



Татьяна Николаевна Пролетская, операционная медицинская сестра



Хлус Валентина Ивановна, операционная медицинская сестра



Будник Наталия Викторовна, операционная медицинская сестра



Зинченко Тамара Григорьевна, операционная медицинская сестра

из истории одного отделения



Береснева Светлана Николаевна,
операционная медицинская сестра



Курнавкина Людмила Владимировна,
старшая медицинская сестра
операционного блока



И, конечно, заведующими операционным блоком назначаются хирурги с большим стажем работы и организационными способностями. То есть уметь организовать поток больных в операционные (особенно это касается пациентов, нуждающихся в срочном оперативном вмешательстве), обеспечить необходимым материалом каждую категорию оперируемого больного, при необходимости помочь или самому встать за операционный стол и решить множество бытовых вопросов.

Основная нагрузка выпала на первую заведующую оперблоком Галину Михайловну Лысенко. Эстафету принял Сергей Михайлович Чечкин, который сделал ремонт планового оперблока под мрамор. Затем возглавил отделение Юрий Александрович Цыбульский – основоположник гнойной хирургии в больнице. В настоящее время руководит операционным блоком к.м.н. Игорь Александрович Рябков, владеющий операциями на органах груди и желудочно-кишечного тракта и имеющий множество учеников, работающих в больницах края. Опытнейшая старшая операционная медицинская сестра Людмила Владимировна Курнавкина, имеющая большой практический стаж операционной сестры, руководитель большого коллектива операционных сестер, санитаров, уборщиц. Имеет заслуженное звание «Отличник здравоохранения».



золотой фонд БСМП

ЛЮДМИЛА КОНСТАНТИНОВНА ОРЛОВА



Л.Н. Сифоркина

АВТОР

Л.Н. Сифоркина

Заведующая
физиотерапевтическим
отделением, подруга

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

*Доброта – Основная Черта!
Доброта не какая-то малость...
Если в женщине есть доброта,
значит – женщина состоялась!*

Евгений Евтушенко



Уважаемые коллеги, давайте все вместе взглянем в стремительное движение нашей Общей знакомой, конечно же, это Людмила Константиновна Орлова.

Ее движение наполнено полетом птицы, наверное, это так и есть – это Человек-птица, Человек полета, Человек-движение, другими словами, Агасфер – постоянно движущийся от чего-то к чему-то.

Вот такой малышкой она поступила в школу – на первую ступеньку к своему Эвересту. Школа-школа, где мы все учились жить, дружить, ссориться, смотреть в звездное небо и загадывать желание на падающую звезду, лететь по Млечному пути, а самое главное – пытались заглянуть в свое прекрасное будущее, а то, что оно будет прекрасным, ни у кого не вызвало сомнения. И вот звучит школьный вальс, выпускной бал, Люся Орлова получает аттестат с отличием и золотую медаль.

Перед Людмилой открылись двери в ее мечту, а решение стать врачом было твердым: помогать близким и всем, кто в этом нуждается. Шаг за шагом постигалось доселе неизвестное, открывалось таинство познания человеческой жизни... Этот учебный полет в медицинский космос продолжался семь лет и окончен был более чем блестяще: с красным дипломом (диплом с отличием). И так, был дан старт в профессию, в одно из самых серьезных лечебно-профилактических учреждений города: больницу скорой медицинской помощи, которая теперь носит имя ее первого главного врача Николая Семеновича Карповича.



— золотой фонд БСМП —



Людмила Константиновна Орлова начала работать врачом-пульмонологом на пятом этаже, и это отделение стало ее домом в полном смысле этого слова, а коллектив – ее семьей. Скромная, деликатная во всех вопросах, она постепенно стала маяком этого отделения. Ночные дежурства, затем работа после дежурства, полный рабочий день – как будто наполняют ее какой-то скрытой энергией. От нее никто никогда не слышал: «устала», «не могу», «неважно себя чувствую» – это все не про нее. Черта характера Людмилы Константиновны, которая поражает любого, кто с ней сталкивался, – добросовестная академическая исполнительность любого дела, за которое она бралась и, кажется, всегда доводила до логического результата. Если ей что-то непонятно в ситуации с пациентом, она сама идет в рентген-кабинет и глаза в глаза с рентгенологом добирается до самой сути, сама идет в лабораторию и опять с полным разговором со специалистом разбирается во всем, и так всегда...

Пациенты, которые соприкасались с ней, всегда поражались: как в этой маленькой «птичке» столько страсти к профессии, к жизни, столько человеколюбия. Она не способна на ложь, на скандал, и каждый знает, что буквально на все у нее есть собственное мнение, она его будет отстаивать и отстоит. А истоки такой закалки в том, что на ее пути встречались замечательные люди, ее учителя: кандидат медицинских наук Валерий Александрович Разманов – заведующий отделением пульмонологии, который в последующем передал отделение в ее надежные руки; кандидат медицинских наук Зинаида Ильинична Абовская, ставшая ее надежным руководителем, и много других известных нам имен были великими теоретиками, как говорят – от Всевышнего. Утренние обходы, планерки, «разбор» больных, консилиумы и консультации по отделениям, в палатах интенсивной терапии в хирургии, терапии и других отделениях различного профиля, выступления на больничных, городских, краевых, республиканских конференциях – все переплелось в будничном рабочем хаосе событий, которые стали ее ежедневным ритмом жизни.

Главные ценности Людмилы Константиновны Орловой – ее самоотверженность, профессионализм, сострадание и ответственность. Работая ежедневно с полной самоотдачей, она смогла защитить кандидатскую диссертацию и получить звание кандидата медицинских наук. За самоотверженный труд ей присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации», которое лично вручил бывший тогда губернатор Красноярского края Лев Владимирович Кузнецов. Людмила Константиновна вошла в «Золотой фонд» больницы.



— золотой фонд БСМП —

Говорить о ней можно много, долго и обстоятельно. Сейчас она передала отделение также в надежные руки – к.м.н. Евгению Вячеславовичу Козлову, и улетела наша птичка – конечно, не на покой, это не в ее характере, а продолжает работать в реанимации, потому что в таких врачах пациенты очень нуждаются!



Нам посчастливилось стать подругами сроком в полвека, но это дано не каждому. А здесь в десятку. Этому не научишься – это Данность, которая присуща только Личности, а Людмила Константиновна Орлова – Личность.

Дорогая Людмила Константиновна, коллеги желают Вам радости, веселья и хорошего настроения в Новом 2019 году! Удачи! Храни Вас Господь!

BIS DAT, QUI CITO DAT (ДВАЖДЫ ПОМОГ – КТО БЫСТРО ПОМОГ)



АВТОРЫ

**А.С. Забудский, В.Л. Кузаков,
С.А. Скрипкин**

*КГБУЗ «Красноярская станция скорой
медицинской помощи»*

ЧАСТЬ 1

*Bis dat, qui cito dat
(Дважды помог – кто быстро помог.)*

Это крылатое выражение как нельзя лучше передает всю суть скорой медицинской помощи. От того, насколько быстро и качественно оказана помощь, зависит как дальнейшее течение болезни, так и жизнь человека. Больница скорой медицинской помощи является своего рода продолжением и развитием службы скорой медицинской помощи в Красноярске. Так когда же появилась эта служба и как развивалась? Давайте вместе с вами проследим этот путь.



Первые упоминания о необходимости наличия в городе службы, оказывающей медицинскую помощь в те часы, когда практикующие врачи не ведут прием пациентов, относятся концу XIX века. Восьмого января 1895 года на заседании Общества врачей Енисейской губернии один из его членов – П.Н. Коновалов, предлагает организовать «ночные дежурства». На то время в Красноярске работал всего 21 доктор, и эту проблему трудно было решить как из-за недостаточного количества специалистов, так и нежелания местных властей. Общество просило у городского самоуправления выделить для «станции ночных дежурств врачей» лошадь с кучером и стражником, но безрезультатно. Более 20 лет этот вопрос оставался открытым.

Объявление, размещенное в газете, извещало красноярцев о том, что располагалась она в собственном доме депо на Плац-Парадной площади (в настоящее время Красная площадь). На станции с 10:00 вечера до 7:00 утра дежурил один врач, нанятый обществом, и извозчик. Срочные вызовы принимались по телефону, и служитель на лошади мог быстро



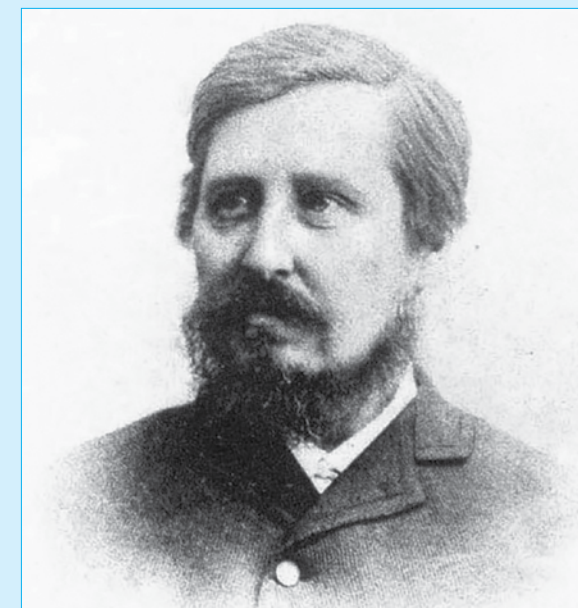
доставить доктора к больному в любой район города. В среднем таких вызовов было 2-3 за ночь.

В 1917 году попытка создания станции при пожарном депо закончилась неудачей из-за недостаточности финансирования пожарного общества.

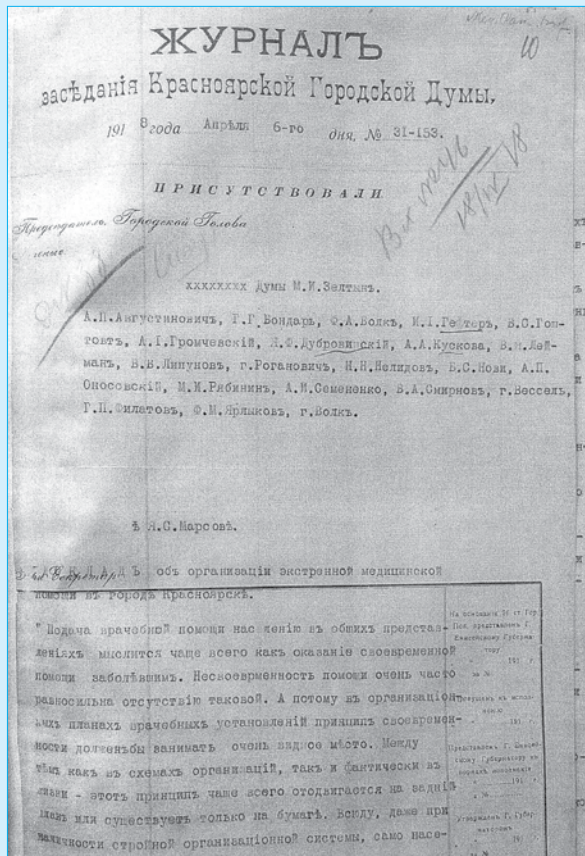
Уже 2 марта 1917 года на заседании городской санитарной комиссии к вопросу об организации работы ночных дежурств пришлось вернуться вновь.



Известный красноярский врач В.М. Крутовский полагал, что если городу действительно необходимо иметь службу скорой помощи, то «... всё дело надо взять в свои руки и организовать как следует: станция дежурств в особенности нужна для экстренной помощи при несчастных случаях, дежурство необходимо не только ночью, но и днем...».



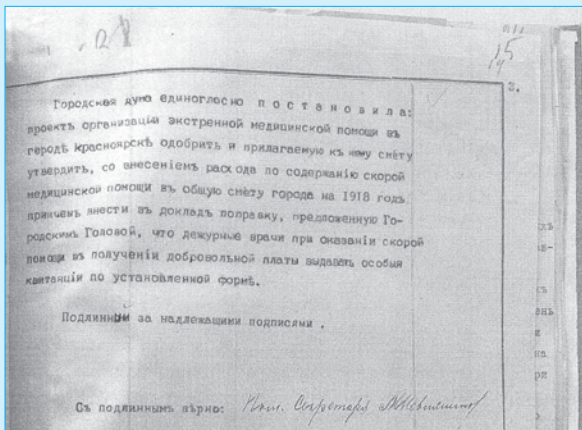
Врачебно-санитарная комиссия постановила: «... станцию ночных дежурств считать учреждением полезным и необходимым и передать в ведение городского общественного управления...». Однако революционные события 1917 года еще на год отодвинули создание самостоятельной службы скорой медицинской помощи в нашем городе. В течение 1917 года помощь экстренным больным оказывалась персоналом губернской земской больницы. По данным врачебно-санитарной хроники города Красноярска за 1917 год, в месяц было от 40 до 80 обращений.



В начале 1918 года на заседании больничного Совета губернской земской больницы рассматривался вопрос о закрытии дежурного пункта по оказанию неотложной врачебной помощи, так как это вносило определенные трудности в жизнь медицинского учреждения. На пункт часто поступали инфекционные больные, пьяные, пострадавшие, раненые, бродяги. И это причиняло беспокойство стационарным больным, поэтому с 1 апреля приём по экстренным случаям прекратился.

После чего вопрос об организации срочной медицинской помощи населению был поставлен на обсуждение Красноярской городской думы вне очереди.

Уже 6 апреля 1918 года на думском заседании был заслушан доклад заведующего медико-санитарным бюро города Н.М. Знаменского «Об организации экстренной медицинской помощи в Красноярске». Он констатировал, что «...организация экстренной помощи населению в городе совершенно отсутствует...» и необходимо создать отдельный от других лечебных учреждений пункт оказания экстренной медицинской помощи: «...пункт, куда днем и ночью всякий свободно может обратиться с полной уверенностью, что помощь ему будет оказана...». «...Необходимо, чтобы в этом пункте было суточное дежурство врачебного персонала, а дежурный ночной врач оказывал помощь как привозным больным, так и выезжал на вызовы в районы города без Николаевской Слободы, которая должна быть выделена. В помощь врачу должна



быть сестра милосердия, два служителя – дневной и ночной. И кроме того, нужен выезд, телефон и оборудование. Необходимо обратить внимание на выезд: лошади должна быть хорошая, то есть спокойная, с хорошим ходом, сильная; экипаж крытый, рессорный (пролетка), зимой – сани с меховым одеялом; кучер трезвый и знающий город. Дежурному персоналу должен быть предоставлен чай с сахаром и хлебом...»

В обсуждении вопроса об организации экстренной помощи в городе Красноярске непосредственное участие принимал городской глава, большевик Я.Ф. Дубровинский, который в своем выступлении подчеркнул, что «...оказание скорой помощи должно быть бесплатным, и чтобы принцип бесплатности был ясным для населения...». «...В ближайшем будущем необходимо будет установить дежурство фельдшерки...».

Городская Дума единогласно постановила: проект организации экстренной помощи в городе Красноярске одобрить. Городская Управа рассмотрела смету расходов на 1918 год. Смета врачебно-санитарного отдела, утвержденная Советом профессиональных союзов на содержание всех лечебных заведений, равнялась 373,465 рубля и значительно превышала смету прошлого 1917 года, вследствие увеличения числа лечебниц и открытием со 2-го мая кожно-венерической лечебницы, скорой медицинской помощи и прибавки жалования медицинскому персоналу.

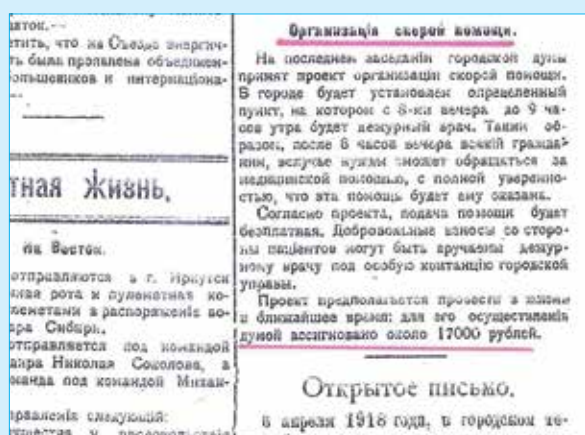
В первые годы не обходилось без трудностей. Станция не имела своего помещения и располагалась то при губернской больнице, то в городской лечебнице. Часто менялся персонал, не хватало медикаментов и перевязочных средств. Согласно существующему договору, каждый извозчик должен был отработать определенное количество смен на станции экстренной помощи. Но условия его плохо выполнялись: извозчики или опаздывали, или уезжали раньше положенного, или вообще не являлись. В это время Красноярск находился под военной диктатурой адмирала Колчака, поэтому нормативные Акты Совета народных депутатов не доходили до нашего города. Только после 8 января



1920 года, когда колчаковцы оставили город, а в Сибири были установлены губревкомы, стали доставляться распорядительные документы, необходимые для работы учреждения здравоохранения.

Таким образом, скорая медицинская помощь в Красноярске была образована в 1918 году и начала работу с 1 июля. В это время в Красноярске было 70 327 жителей. За полгода своей работы станция приняла 593 человека и оказала помощь на дому 190 больным.

Нелегкий путь до своего появления прошла служба скорой медицинской помощи в нашем городе, в последующие 100 лет шло непрерывное ее развитие, лошадей сменили санитарные автомобили, улучшались условия труда медицинских работников, расширялись возможности оказания медицинской помощи пациентам, но неизменным остается принцип: Bis dat, qui cito dat.



ЧАСТЬ 2

«Деятельность врача представляется одной из самых высоких. Надо, чтобы он всецело был проникнут стремлением служить людям, любить людей».
(В.Ф. Войно-Ясенецкий)

История созданной в Красноярске в 1918 году службы скорой медицинской помощи неразрывно связана с историей страны: гражданская война 20-х, Великая Отечественная война и тяжелый послевоенный период 40-50-х, сложные 90-е и стремительно развивающийся молодой 21 век. Все эти периоды нашли отражение в истории скорой медицинской помощи города.

В 1918-1919 годах заведующим новой службы экстренной помощи был назначен Николай Михайлович Знаменский, после его назначения заведующим горздравотделом руководителями станции были врачи: Краснопевцева (ИО неизвестны), П.П. Гаас, А.К. Буракова, И.М. Лотоцкий, Зеленский (ИО неизвестны). До 01.09.1922 года станция располагалась по ул. Всехсвятская, 40 (в настоящее время ул. Красной Армии, 36). На станции круглосуточно дежурили врач, фельдшер, санитарка и кучер. Помощь пациентам оказывалась на выездах и при личном обращении на станцию, для этого в помещении станции была предусмотрена перевязочная. Население города увеличивалось, росло и количество обращений. В 1927-1928 годах штат скорой помощи был расширен, на станции работали уже 4 врача и 4 фельдшера, в 1928-1929 годах – 5 врачей и 4 фельдшера.

В 30-х годах станцией скорой медицинской помощи заведовали врачи: А.Г. Вашиков, Масунова (ИО неизвестны), С.С. Тополян, Пансев (ИО неизвестны), Тарасов (ИО неизвестны).

В 1935 году оказание скорой медицинской помощи вышло на новый уровень, на станцию был выделен первый автомобиль ГАЗ-АА, а в 1937 году на скорой помощи трудились уже 4 санитарных автомобиля. Таким образом наша служба обрела привычный для сегодняшнего времени вид: медицинские работники, водитель и санитарный автомобиль.

С 1939 года скорая помощь располагалась на первом этаже в городской больнице по улице Вейнбаума, где для службы была выделена комната, на втором этаже находилась неотложная хирургия.

Оказание скорой медицинской помощи на территории Красноярска не останавливалось и в тяжелые годы Великой Отечественной войны. Многие врачи, фельдшеры и медицинские сестры добровольцами ушли на фронт спасать жизни солдат, сражавшихся с фашистами. На оставшихся легло тяжелое бремя

— золотой фонд БСМП —

оказания медицинской помощи жителям города и многочисленным эвакуированным, рабочим заводов, женщинам и детям. Сотрудники скорой медицинской помощи работали «на износ», все ресурсы Родины были направлены на борьбу с захватчиками, не хватало медикаментов, горючего для санитарных автомобилей, на вызовы ходили пешком, в любое время и при любой погоде.

В то же время Великая Отечественная война оказала существенное влияние на развитие Красноярска. В находящийся в глубоком тылу город были эвакуированы заводы, открывалось новое производство, промышленность развивалась бурными темпами. Осенью 1941 года в Красноярске появился свой медицинский институт, образованный согласно приказу Всесоюзного Комитета по делам высшей школы при Совнаркоме СССР и Наркомата здравоохранения. 21 ноября 1942 года были объединены эвакуированные в Красноярск Воронежский стоматологический институт, части 1-го Ленинградского и 2-го Ленинградского медицинских институтов, Ленинградского педиатрического и Ленинградского стоматологического институтов. В военное время вуз готовил медицинские кадры для фронта, а после Победы стал основной кузницей врачей для всего Красноярского края, в том числе и для станции скорой медицинской помощи Красноярска. В эти тяжелые для страны годы в нашем городе работал знаменитый хирург и священник Архиепископ Лука (в миру – В.Ф. Войно-Ясенецкий), чьим именем через много лет будет назван медицинский университет.

Трудными были и ранние послевоенные годы, ощущалась острая нехватка врачей и фельдшеров. На станции работали врачи самых разных специальностей, в 1945 году скорую медицинскую помощь в Красноярске оказывали: хирург З.Д. Башмакова, терапевты М.М. Киселёва и Е.В. Александрова, педиатр Р.И. Пелей, стоматологи О.П. Санынина и Н.Г. Холодных, невропатолог М.Б. Хоран.

В 1946 году на станции скорой помощи было 3 грузовых автомобиля и один легковой. Снабжение топливом было на уровне 65-70% от необходимого. «Простой» автотранспорта был до 20 дней в месяц из-за отсутствия бензина. Число вызовов за год – более 16 тысяч. На треть вызовов врачам приходилось выходить пешком. Станция скорой помощи в это время находилась по адресу: ул. Маркса, 50, а в 1947 году переехала на пр. Сталина, 99 (в настоящее время пр. Мира) – в госпиталь инвалидов и ветеранов войн.

С 1946 года по 1952 год главным врачом станции скорой медицинской помощи был фронтовик Александр Ефимович Бургарт, во время войны служивший начальником санитарной службы в партизанском отряде. После его перевода на должность главного врача горбольницы руководителями скорой медицинской помощи были А.Н. Дьяченко (1952-



А.Е. Бургарт.

1954), И.С. Павловская (1954-1960), Л.В. Дмитриева (1956), Т.А. Упирова (1960-1963).

До 1954 года станция скорая помощи располагалась на левом берегу реки Енисей. С 4 по 16 октября 1954 года в ходе комплексной проверки работы медсанчасти завода Сибтяжмаш были вынесены замечания, где указывалось, что пункт скорой помощи при медсанчасти не укомплектован врачами. Приказом №142 от 25 октября 1954 года главному врачу было предписано в пятнадцатидневный срок провести ряд мероприятий, среди которых – укомплектование врачами пункта скорой помощи с выделением заведующего пунктом. Так появилась станция скорой помощи правого берега, а именно Кировского района, возглавил которую Г.Н. Стреблянский. В таком виде скорая помощь в Красноярске просуществовала до 1965 года, это были две самостоятельные станции скорой медицинской помощи: №1 левобережная и №2 правобережная. Объединение обеих станций в единую городскую станцию скорой медицинской помощи произошло в августе 1965 года.

Бурное развитие промышленных предприятий повлекло за собой рост населения Красноярска, что, в свою очередь, привело к увеличению числа вызовов скорой помощи. В соответствии с потребностями города выросло и количество бригад, оказывающих медицинскую помощь населению, и в середине 60-х годов станция скорой помощи насчитывала уже 58 круглосуточных линейных бригад.

В 1963 году руководство службой скорой медицинской помощи Красноярска принял Никита Иванович Коков – кавалер ордена Дружбы народов, который возглавлял ее до 1994 года.

— золотой фонд БСМП —



Н.И. Коков.

С 1966 года отсчитывает свою историю специализированная служба скорой медицинской помощи Красноярска, когда была организована первая специализированная кардиореанимационная бригада. Создание этой бригады было крайне необходимо, так как анализ летальных исходов у лиц с острой коронарной патологией, проведенный совместно с сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней, показал, что 32,8% больных, обратившихся в скорую помощь умирали до приезда врача, 17,8% – при транспортировке в стационар, 13,7% – в приемных отделениях больниц и 35,7% – в присутствии врача скорой помощи. При госпитализации больных с инфарктом миокарда только кардиологическими бригадами в ПИТ и реанимации не стало случаев смерти при транспортировке больных и в приемных отделениях. Спустя год, в 1967-м, была создана первая специализированная реанимационная бригада.

Во исполнение решения коллегии МЗ РСФСР от 10.08.1976 года «О состоянии организации и качества оказания скорой медицинской помощи населению Красноярска» в августе 1976 года было осуществлено объединение городской больницы скорой медицинской помощи и городской станции скорой медицинской помощи на единой бюджетной основе. Служба скорой медицинской помощи стала отделением скорой медицинской помощи ГБСМП. Такое объединение способствовало дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению города. Постановлением коллегии Министерства здравоохранения РСФСР от 25 апреля 1978 года ГБСМП, куда входила служба скорой помощи, была утверждена Всероссийской школой передового опыта по вопросам организации служб скорой медицинской помощи населению городов РСФСР. Про-



ведено четыре совещания с главными врачами больниц и станций скорой медицинской помощи РСФСР.

В 1976 году организовано автотранспортное хозяйство санитарного автотранспорта городского отдела здравоохранения, и все автомобили скорой были переданы туда. Директором вновь образованного предприятия был назначен Вячеслав Николаевич Чертоганов. Постепенно создается ремонтная база, организуются стоянки для санитарных автомобилей. Все автомобили скорой помощи были радиофицированы. Произведен монтаж единого диспетчерского центра «03», установлена прямая телефонная связь (транзиты) диспетчерского центра «03» с подстанциями скорой медицинской помощи.

По состоянию на 01.01.1988 года в отделении скорой медицинской помощи уже насчитывалось 76 бригад, из них 20 специализированных (кардиологические – 7, реанимационные – 7, неврологические – 2, токсикологическая – 1, психоневрологические – 3). Для обслуживания детей было организовано 14 педиатрических бригад, которые выделены в самостоятельную подстанцию. В целях повышения квалификации врачебных кадров регулярно стали проводиться научно-практические конференции с участием сотрудников института, лечебно-контрольные комиссии, клинико-анатомические конференции, постоянно действующие семинары для врачей по вопросам тактики ведения и лечения больных при острых заболеваниях, отравлениях и травмах на догоспитальном этапе. Методическое руководство осуществлялось кафедрой пропедевтики внутренних болезней КрасГМИ.

Как отделение больницы скорой медицинской помощи служба скорой помощи просуществовала до 1994 года. Приказом от 01.09.1994 года № 434 управления здравоохранения администрации Красноярска с 01.10.1994 года служба скорой и неотложной медицинской помощи выделена в самостоятельное медицинское учреждение с приданием ему статуса городской станции скорой

— золотой фонд БСМП —



и неотложной медицинской помощи, возглавил которое Аркадий Анатольевич Поздняков.

Подготовка врачей скорой медицинской помощи на базе Красноярской государственной медицинской академии началась в 1999 году, когда при кафедре хирургических болезней был создан курс скорой медицинской, неотложной помощи и медицины катастроф. При этом неоценимую помощь оказали ректор КГМА В.И. Прохоренков и начальник управления здравоохранения администрации Красноярска В.В. Шевченко, организовавший финансирование созданного курса. До этого подготовка врачей осуществлялась по избранным и частным вопросам различных специальностей на разных кафедрах вуза либо на центральных базах. Возглавил курс д.м.н. А.А. Попов. В январе 2004 года курс скорой помощи был реорганизован в кафедру неотложной медицины, а в 2008-м кафедра была преобразована в кафедру мобилизационной подготовки, медицины катастроф, скорой помощи. С 2015 года кафедрой руководит д.м.н. доцент О.А. Штегман.

С 1999 года по настоящее время станцию скорой медицинской помощи Красноярска возглавляет Сергей Анатольевич Скрипкин – врач высшей категории, отличник здравоохранения, кандидат медицинских наук.

Под его руководством продолжает улучшаться материально-техническое состояние станции, создаются комфортные бытовые условия для сотрудников, совершенствуются методы оказания экстренной медицинской помощи. Были введены в эксплуатацию новые здания подстанций в Ленинском, Свердловском



и Советском районах. В 2015 году построена новая подстанция в Центральном районе Красноярска. В соответствии с существующими строительными и санитарными нормами проведены капитальные ремонты подстанций в Кировском и Октябрьском районах. Регулярно обновляется парк санитарных автомобилей.

За 100 лет своей работы станция оказала медицинскую помощь более 17 миллионам пациентам.

В настоящее время станция скорой медицинской помощи является краевым учреждением и подчиняется министерству здравоохранения Красноярского края. В состав станции входят 6 подстанций. С целью повышения доступности медицинской помощи организованы два пункта временного пребывания бригад скорой медицинской помощи. Круглосуточно медицинскую помощь оказывают 95 бригад. Всего на станции скорой медицинской помощи трудятся свыше 900 сотруд-

— золотой фонд БСМП —



Коллектив кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО.

ников: 180 врачей, из них 67 с высшей и 19 с первой категорией; 564 фельдшера и 52 медицинских сестры.

Вся повседневная деятельность станции скорой медицинской помощи направлена на обеспечение доступной, качественной и своевременной медицинской помощи.

Станция скорой медицинской помощи продолжает двигаться вперед. Профессионализм сотрудников, глубокое понимание задач, стоящих перед всем отечественным здравоохранением, тесное сотрудничество с медицинскими учреждениями и медицинским университетом Красноярска позволяют нам не останавливаться на достигнутом и направлять усилия на сохранение и укрепление здоровья красноярцев, выше поднимать качество и культуру скорой медицинской помощи.



С.А. Скрипкин.

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Здравствуйтесь, уважаемые сотрудники БСМП, пациенты и их родственники! 03.11.18 г. в БСМП скорая доставила мою жену Татьяну Борисовну Р. с приступом острого панкреатита. Состояние было крайне тяжелое, т.к. обратились несвоевременно, а прождали после наступления острых болей почти двое суток, это была первая наша ошибка. Лечение проводилось в 1-м хирургическом отделении, и лечащий врач Павел Андреевич Останин рекомендовал операцию, но так как мы больницы посещаем только в экстренных случаях, то решили повременить – в надежде, что само рассосется. Не рассосалось, и это была вторая наша ошибка. В результате любимый для меня человек в течение 10 дней угасал на глазах, а я ничего не мог сделать. И только 13 ноября, когда состояние было уже критическим, врач Калягина Марина Аркадьевна доступно объяснила сложившееся со здоровьем положение и убедила в необходимости экстренной операции. Представляю, что могло бы случиться, не прислушайся мы к ее словам (слушайте, что вам говорят врачи!).

Ну а потом была операция, которую проводил заведующий 1-м хирургическим отделением Евгений Александрович Чихачев, очень серьезный и ответственный специалист, и три дня в 4-й реанимации. Слава богу и спасибо врачам, что они смогли нас, упертых, убедить, качественно провести операцию и приступить к лечению. После трех дней в реанимации, где состояние жены регулярно контролировали заведующий и врачи 1-й хирургии, ее снова перевели в 1-ю хирургию и только тогда разрешили небольшими дозами принимать настой и бульон, до этого она две недели ничего не могла есть, да и нельзя было.

Еще через четыре дня разрешили встать и помаленьку начать «активную» больничную жизнь. После операции человек на глазах обретал свежесть и интерес к жизни, а когда сняли все трубочки и баночки, то сказала, что ей даже дышать стало гораздо легче. 30.11.18 г. нас выписали, теперь проходим реабилитацию по месту жительства.

В заключение хочу сказать ОГРОМНОЕ спасибо лечащим врачам Останину Павлу Андреевичу и Калягиной Марине Аркадьевне за их внимательное и ответственное отношение к пациентам. Заведующему 1-м хирургическим отделением Чихачеву Евгению Александровичу – за профессионально проведенную операцию и последующее сопровождение больной. Заведующему 4-й реанимации Плотникову Илье Константиновичу за чуткое и внимательное отношение к больным и возможность уделять время на общение с родственниками по поводу состояния пациентов. Заместителю главного врача Николаю Александровичу Кудрявцеву за участие и оперативность в решении отдельных вопросов, которые были важны именно в данный момент. А также всему обслуживающему персоналу 1-й хирургии, которые создают уют и домашнюю обстановку в таких сложных для каждого из нас ситуациях. В палатах всегда чисто, убирают как минимум три раза в день. Все назначения вовремя и со знанием дела, помощь в случае отсутствия мобильности пациентов и т.д.

Я думаю, что и в других отделениях работают не менее профессиональные сотрудники, но я видел работу именно 1-й хирургии и считаю, что она РУЛИТ, и РУЛИТ профессионально, на высоком уровне. ОГРОМНОЕ ВСЕМ ВАМ СПАСИБО ЗА СОХРАНЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЕЙ СУПРУГИ! КРЕПКОГО ВАМ ЗДОРОВЬЯ И НЕИССЯКАЕМОГО ТЕРПЕНИЯ!

А теперь немного информации для пациентов и их родственников, кроме недопущения тех ошибок, о которых я сказал выше. Некоторые жалуются на грубость со стороны персонала, нежелание объяснить состояние больного либо помочь в решении персональных вопросов. Сразу хочу сказать, что в любой семье могут иметь место недостатки, а в большой семье – тем более. Но судить по поступку одного работника весь коллектив нельзя и даже вредно, т.к. от вашего сугубо личного мнения у окружающих складывается впечатление обо всем коллективе, а от этого недоверие, несвоевременное согласие на операцию и соответствующее заблуждению лечение и т.д.

Что касается упомянутой «грубости» со стороны персонала. А вы прислушайтесь, как звучат их слова, да они звучат по-домашнему, персонал создает для нас комфортные условия, обращаясь с вами на ты и шутя по поводу того, что вы еле волочите ноги и т.д. А что, дома вас с утра до вечера на руках носят и расцеловывают? Думаю, что нет, а в некоторых случаях и наоборот, почему и в больницу попадаем. Кажущееся вам нежелание лечащего врача объяснить состояние больного не является таковым. Если вы не профессионал, то все равно не разберетесь в медицинской терминологии, а объяснить обывательским языком не каждый профессионал своего дела может. Да, издержка профессии, как и любой другой, но со специалистами других профессий мы можем и не столкнуться за всю свою жизнь, а с врачами – легко. Так что уж не судите их строго, если они что-то постарались объяснить, а вы не поняли.

Мне уже седьмой десяток, в жизни много чего видел, но откровенно скажу, что работать в стационаре никогда бы не смог, и кто там работает, тому честь и хвала, и в первую очередь за их терпение. От отдельных пациентов и их родственников можно с ума сойти, а они нас терпят, еще и лечат, и мы выздоравливаем. Вроде кратко хотел, но не совсем получилось, зато от души.

Не болейте! Всех с наступающим Новым годом!!!

Владимир Федорович Р.



от всей души

С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Добрый день! Пишу отзыв по горячим следам. Ничто, как говорится, не предвещало, но попала в нейрохирургию на операцию. Честно говоря, не ожидала. Все-таки как много зависит от руководства. Заведующий НХО Кувекко Владимир Александрович сам в высшей степени интеллигентный и образованный человек, он сумел задать правильный вектор всему огромному штату отделения. Все грамотные, внимательные и доброжелательные – и доктора, и медсестры, и младший персонал. Поднимут самого тяжелого и сложного пациента, а других в нейро не бывает. Отдельная благодарность реанимации, расположенной на 6-м этаже, смене, дежурившей 16 октября 2018 г. Такой заботы, внимания и участия порой не видишь от близких, сколько я получила от этих молодых девушек и парней. Будущий доктор Семен, пусть у вас все в жизни будет хорошо, вы – это наше прекрасное будущее, верю в вас! А в отделении НХО мои герои, это Андрей Аркадьевич Народов и Евгений Евгеньевич Ерахтин. Могут, умеют, делают. Все на высшем уровне. Супер! И еще не могу не упомянуть, Тамара Борисовна, вы – солнце! Умница и красавица, найдет любые, даже самые тонкие вены. И никаких кровоподтеков и боли. Добро и позитив – вот что получают пациенты от этого человека кроме лечения. Татьяна Петровна и Наталья Николаевна не дадут умереть с голоду: и покормят, и сопроводят, и слово доброе скажут. Еще раз повторю: не ожидала. Особенно начитавшись более ранних отзывов. От всей души благодарю НХО БСМП.

С уважением и благодарностью, Никонова Ольга Юрьевна



С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Добрый день. Хочется выразить благодарность стоматологическому отделению. Поступила к ним с флегмоной. Спасибо Коловскому Андрею Александровичу за операцию и Александру Андреевичу за наложение швов. Все врачи молодые, но все сделали очень аккуратно. Шва почти не видно уже. А также спасибо всему персоналу, все приветливые, подбадривают, шутят. Желаю крепкого здоровья и профессионального роста всем сотрудникам!!!!

Татьяна Осипова



С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Здравствуйтесь. Хотелось бы выразить огромную благодарность Ивану Анатольевичу Гвоздеву, замечательный врач 2-го травматологического отделения! После операции очень грамотно и доступно объяснил все назначения, на каждом приеме интересуется, как самочувствие, побольше бы таких хороших врачей.

Екатерина



С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Здравствуйтесь! Проходила лечение в 2-м хирургическом отделении, хотелось бы отметить прекрасную работу и профессионализм сотрудников отделения. Отдельное спасибо лечащему врачу-хирургу Глок Елене Викторовне. А также эндоскопическому отделению, заведующей Кореновой Татьяне Леопольдовне и медсестре Попковой Галине Николаевне за качественно сделанную операцию, за светлый ум, за золотые руки. Спасибо всем работникам БСМП за ваш нелегкий труд.

Тамара Ивановна



С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Здравствуйтесь, хочу выразить глубокую благодарность врачу нефрологического отделения Лер И.А. и всему сестринскому персоналу. К сожалению, мне пришлось досрочно прекратить лечение в стационаре по семейным обстоятельствам. Это никаким образом не связано с полученной мной медицинской помощью, оказанной в полной мере, корректно и профессионально. Здоровья вам, уважаемые медики БСМП, и спасибо за вашу работу.

Марина Орлова



С сайта КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

Здравствуйтесь! Хочу поблагодарить весь персонал отделения второй хирургии! Я поступила на обследование с подозрением на аппендицит будучи беременной. К счастью, диагноз не подтвердился, и уже через сутки я отправилась домой. Но эти сутки меня окружали вниманием и заботой и врачи, и медсестры отделения. Особенная благодарность замечательному врачу Жигу Павлу Тадеушевичу! Спасибо, что были внимательны ко мне и моему положению! Надеюсь, до вас дойдут мои слова! Также хочу отметить некоторых специалистов; врача-отоларинголога и психиатра, они приходили в палату, где я лежала, но к другой пациентке. Замечательные доктора! От их прихода я также была под хорошим впечатлением. К сожалению, врачи не носят бейджиков, и я не знаю, как зовут профессионалов в приемном отделении, куда меня привезли на скорой, но и им огромное спасибо! Пламенный привет и большущее спасибо всему персоналу больницы от Татарниковой Таисии! .

Тамара Ивановна





С НОВЫМ ГОДОМ!

2019

MEDSINTES
group