



Сергей Васильевич Гребенников: «СЕГОДНЯ, КАК НИКОГДА, ВАЖНЫ ВЗАИМОВЫРУЧКА И ЧУВСТВО ЛОКТЯ»

стр. 9

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

стр. 12

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

стр. 14

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

поздравления



А.В. Подкорытов
Заместитель председателя
Правительства
Красноярского края

Уважаемые коллеги!

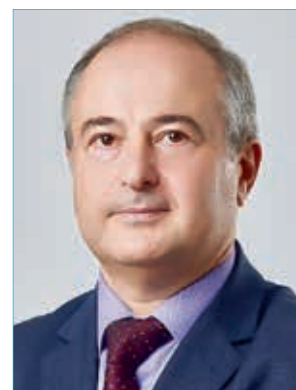
Поздравляю вас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

В этом году свой профессиональный праздник медики встречают на боевом посту. К сожалению, реалии сегодняшнего дня не позволяют нам по традиции собраться всем вместе, поздравить друг друга лично, увидеть дружественные лица. Сегодня они скрыты защитными масками. Кто, как не вы, понимает, что новая коронавирусная инфекция кардинально поменяла нашу жизнь и изменила работу всей медицинской службы Красноярского края.

Врачи, медсестры, санитары инфекционных отделений БСМП были первыми, кто при появлении заболевших коронавирусной инфекцией встал у нее на пути и сейчас продолжают держать удар. Можно ли выразить благодарность за спасенную жизнь – свою или родного человека – словами? Вряд ли. Я уверен, люди, которые действительно это пережили, сохраняют в своем сердце благодарность медицинским работникам на всю жизнь.

Спасибо вам за ваш профессионализм и преданность делу. Желаю каждому медицинскому работнику и нам всем вместе успешного выполнения профессионального долга, чтобы добиться скорейшего возвращения к привычной жизни. Желаю здоровья, спокойствия и благополучия вашим семьям, желаю вам самого главного – здоровья!

поздравления



Б.М. Немик
Министр
здравоохранения
Красноярского
края

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с Днем медицинского работника!

В этом году наш профессиональный праздник проходит в непростой для всей страны период, и большинство из вас находятся на передовой в борьбе с новой коронавирусной инфекцией, ежедневно спасая жизни больных и рискуя собой. В такие периоды люди больше обращают внимание на важность и ценность труда медицинского работника: знания врача, умения медицинской сестры, самоотверженность и врачебный долг. Несмотря на колоссальную физическую и психологическую нагрузку, вы сохраняете самообладание и вселяете в своих пациентов уверенность в выздоровлении. Это еще одно подтверждение того, что в медицине нет случайных людей. И сегодня на передовой именно те, кто умеет не только лечить, но и сострадать.

Огромная благодарность всему коллективу, который сумел обеспечить всю необходимую и своевременную помощь инфекционным больным, не допустив сбоев при оказании всей экстренной и неотложной помощи. Ваша больница продолжает уверенное развитие, внедряются самые современные технологии диагностики, лечения и реабилитации. Большое внимание уделяется системе управления качеством и безопасностью медицинской помощи, повышению комфортности пребывания пациентов.

Примите самые искренние слова признательности и благодарности за ваш труд. Спасибо за самоотверженность и бескорыстие, выдержку и терпение, человеколюбие и высокий профессионализм! Крепкого здоровья и благополучия вам и вашим близким!



С.В. Ерёмин
Глава города
Красноярск

Уважаемые медицинские работники города Красноярск!

Врачи, медсестры, младший медицинский персонал, фельдшеры, ветераны отрасли! Поздравляю вас с профессиональным праздником!

Ваша профессия всегда была уважаемой, почитаемой и одной из самых важных. Но в последнее время вы стали поистине героями нашего времени. Во время пандемии именно вы находитесь, как говорят, на переднем крае борьбы. В этот непростой для всех период вам приходится работать практически сутками, неделями не видеть своих родных. Вам сегодня приходится тяжелее всех. Низкий вам поклон за вашу самоотверженную работу!

В этот период дополнительные места для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией развернуты во всех крупных медицинских организациях краевого и федерального подчинения. Перепрофилированы не только помещения и оборудование, медикам в короткие сроки пришлось осваивать новые навыки работы: диагностировать и лечить пациентов, зараженных коронавирусной инфекцией. Именно вы, красноярские врачи, являетесь сегодня самым ценным ресурсом в медицине – ваши золотые руки, добрые сердца, уникальные знания и врачебная интуиция. Мы гордимся каждым, кто трудится в красноярских больницах и поликлиниках.

Знаю, что многие из вас по традиции будут проводить свой профессиональный праздник на рабочем месте. У большинства не будет возможности лично принять поздравления, отметить праздник в кругу близких. Но уверен, что сегодня главное ваше желание – чтобы как можно скорее закончилась эпидемия и жизнь вернулась в привычное русло. От всей души желаю вам и всем нам исполнения этого желания. Уважаемые красноярские врачи, фельдшеры, медсестры! Спасибо вам за ваше самоотверженное служение Красноярску и его жителям. Желаю удачи, добра, благополучия, оптимизма и того, что вы сами дарите людям, – крепкого здоровья! С праздником!



С.В. Гребенников
Главный врач

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках очередной номер журнала «БСМП». Он получился не совсем обычным. Осознанно мы отошли от привычной структуры журнала. Значимая часть материалов посвящена теме сегодняшнего дня – новой коронавирусной инфекции. Мы благодарим наших коллег из других медицинских организаций, разместивших на страницах нашего медицинского издания свой опыт работы в условиях COVID-19.

Мы не ставили целью анализировать, насколько эффективны или неэффективны были принятые организационные решения, выбранная тактика лечения, – еще слишком рано! Новые реалии, новая инфекция, появившаяся в крае, заставила каждого из нас действовать без промедлений, нужно было оказывать медицинскую помощь всем, кто в ней нуждался. Мы опирались на опыт коллег из других стран, которые раньше, чем мы, оказались в эпицентре пандемии. Не исключая, что, возможно, завтра мы себя раскритикуем... Большая часть статей носит иллюстрирующий характер. Вы увидите ситуацию глазами сотрудников медицинских организаций, включившихся в оказание помощи больным COVID-19 буквально с первых дней. В этом номере мы попытались собрать наш первый опыт непростой борьбы с новой коронавирусной инфекцией.

В канун нашего профессионального праздника Дня медицинского работника желаю всем нам самое главное – крепкого здоровья, неизменного оптимизма, профессиональной выдержки. Уверен, у нас все будет хорошо!

стр. 9

наука и практика

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В
КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

стр. 12

наука и практика

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ИНФЕКЦИОННОМ
СТАЦИОНАРЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

стр. 14

наука и практика

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

стр. 17

наука и практика

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА В КОНЦЕ МАЯ
«РАСПЕЧАТАЛА» РЕЗЕРВ КОЕК

стр. 20

наука и практика

ПРОФЕССИОНАЛОВ СТАЛО БОЛЬШЕ

стр. 22

наука и практика

ВСТРЕЧАЕМ ПЕРВЫМИ

стр. 24

медицина и бизнес

АО «МЕДТЕХНИКА» – ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПАРТНЕР

стр. 26

случай из практики

В УСЛОВИЯХ ОСОБОЙ ЗАЩИТЫ

стр. 28

случай из практики

АНГИОСПАЗМ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
ВО ВРЕМЯ ПЛАНОВОГО ЧКВ. ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

стр. 33

случай из практики

ПРЕСЕПСИН – РАННИЙ МАРКЕР СЕПСИСА И ТЯЖЕЛЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

стр. 36

случай из практики

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ
БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

стр. 42

случай из практики

ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВЕДЕНИЯ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

стр. 44

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

стр. 44

от всей души

О ГЕРОЯХ БЫЛЫХ ВРЕМЕН

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:
главный врач
Гребенников Сергей Васильевич

Специалист по связям
с общественностью:
Сидорова И.В.,
тел. 8-913-533-19-65.

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. 8-902-940-14-88

Печать:
ООО «ЗНАК»
660074, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21
Тираж 999 экз.
Июнь 2020 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

редакционная коллегия



Главный редактор:
С.В. Гребенников
Главный врач



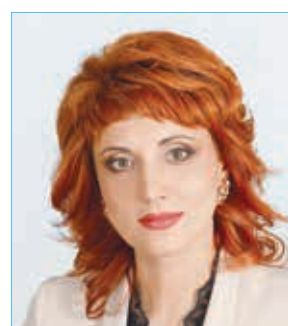
Н.В. Федюкович
Заместитель главного врача по медицинской части



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



М.В. Луценко
Заместитель главного врача по анестезиологии и реаниматологии



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



С.Г. Маслов
Заместитель главного врача по хирургии



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



Е.П. Тихонова
врач-инфекционист, д.м.н., профессор



Л.В. Торопова
Заместитель главного врача по организационно-методической работе



И.Г. Юрикова
Заместитель главного врача по экономическим вопросам

новости

КМКБСМП ГОТОВИТСЯ К ВСТРЕЧЕ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Этот год начался с тревожных сообщений о появлении новой коронавирусной инфекции в Китае. БСМП как основная клиника по оказанию медицинской помощи заболевшим и с подозрением на COVID-19 перед началом эпидсезона приступила к подготовке.

В начале февраля состоялась отработка навыков персонала инфекционной службы при поступлении больного с подозрением на коронавирусную инфекцию. Отработывался осмотр условно больного, алгоритм обследования, забор материала и его отправка в специальном контейнере на исследования. За тем, как проходили учения, наблюдали персонал больницы и сотрудники кафедры инфекционных болезней КрасГМУ. Кто бы знал, что через полтора месяца все это будет применяться на практике!

ИНФЕКЦИОННЫЙ ГОСПИТАЛЬ КМКБСМП

Первый официально зарегистрированный пациент в Красноярском крае с подтвержденной коронавирусной инфекцией поступил в инфекционное отделение БСМП 16 марта.

С 20 марта персонал, с целью не допустить распространение инфекции, задействованный в оказании

медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией, остался жить и работать в больнице.

Среди 85 сотрудников – врачи, медицинские сестры, младший медицинский и немедицинский персонал. Был определен график дежурств, организовано питание. На момент выхода журнала в инфекционном госпитале больницы работает третья бригада врачей, а число задействованного персонала – более трехсот человек. В инфекционном госпитале в одной команде с врачами больницы работают ординаторы и студенты КрасГМУ.

КАРАНТИН!

С 1 апреля в БСМП, как и в других медицинских организациях края, введен карантин.

Отменены все плановые операции. Больница продолжает работать в круглосуточном режиме и оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь не только жителям Красноярска, но и ближайших районов. Число обращений в БСМП по экстренным и неотложным показаниям остается на прежнем «доэпидемиологическом» уровне – в среднем в сутки по данным поводам в больницу обращаются от 160 до 180 человек.

СПАСИБО ЗА ПОМОЩЬ!

Как только персонал БСМП остался жить и работать в больнице, правительство Красноярского края, представители бизнес-сообщества, коллеги из других медицинских организаций, спортсмены и неравнодушные горожане решили поддержать медиков.

Наверное, впервые за последние годы медицинский персонал получил столько теплых слов, благодарностей, внимания и поддержки. Были подарены вкусные обеды, десерты к чаю, фрукты, бытовая техника...

А для работы крупные компании – АО «СУЭК», ПАО «ГМК «Норильский никель», ОАО «Красцветмет», фонд «Вольное дело» – помогли приобрести автомобиль скорой медицинской помощи, медицинское оборудование (ИБЛ, рентген-аппараты, компьютерный томограф, а также средства индивидуальной защиты).

С ДНЕМ ПОБЕДЫ!

Сложная эпидемиологическая ситуация не отменила многолетнюю традицию.

В канун 75 годовщины Победы в Великой Отечественной войне сотрудники КГБУЗ «КМКБСМП





им. Н.С. Карповича» совместно с профсоюзным комитетом поздравили ветеранов Великой Отечественной войны, много лет трудившихся в больнице. Были предприняты все меры безопасности при поздравлении уважаемых ветеранов. Вручение подарков проходило в буквальном смысле на пороге. Поздравления и слова благодарности принимали: Мария Ефимовна Лукьяненко, Валентина Григорьевна Свищева, Мария Григорьевна Дробеткова.

ПЕРВЫЕ ОПЕРАЦИИ В ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ

В майские выходные в инфекционном госпитале были проведены две операции больным с коронавирусной инфекцией. БСМП вошла в число немногих клиник страны, где больным с COVID-19 оказывают в том числе и оперативное лечение.

Оба пациента с положительным COVID-19 были переведены из других медицинских организаций, где для проведения оперативного лечения нет необходимых условий. Изначально инфекционный корпус БСМП, в котором сейчас находится госпиталь по оказанию помощи больным с COVID-19, был спроектирован и построен с учетом оказания хирургической помощи инфекционным больным, в здании имеется оснащенная всем необходимым операционная.

На несколько часов, пока длились операции, хирургам, а также всему персоналу, работающему в операционной, пришлось надеть специальные защитные костюмы и маски, то есть использовать те же средства защиты, что и их коллегам-инфекционистам.

Первый пациент был доставлен с сочетанной травмой. У него диагностированы переломы конеч-

ностей, требующие оперативного вмешательства. Операция проводилась под общей анестезией. На следующий день экстренная операция потребовалась женщине, которая была доставлена в больницу на скорой по поводу гинекологической патологии. После оперативного вмешательства пациенты были переведены в ПРИТ инфекционного отделения на ранний послеоперационный период.

ЛУЧШИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГ- РЕАНИМАТОЛОГ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ РАБОТАЕТ В КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА

В министерстве здравоохранения Красноярского края подведены итоги профессиональных конкурсов «Лучший врач Красноярского края» и «Лучший специалист со средним медицинским образованием Красноярского края».

В номинации «Лучший анестезиолог-реаниматолог» победил Олег Юрьевич Корольков. В 2002 году он окончил Красноярскую государственную медицинскую академию, стаж работы в БСМП 15 лет. С 2006 года трудится врачом анестезиологом-реаниматологом в Отделении анестезиологии-реанимации. С 2018 года – руководитель Службы лечения боли. Состоит в Краевом и Всероссийском обществах анестезиологов-реаниматологов. В 2018 году в составе первой группы врачей от Красноярского края проходил стажировку в Германии.



КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ



Е.П. Тихонова

АВТОРЫ

**Е.П. Тихонова, Т.Ю. Кузьмина,
В.И. Черных, Ю.С. Калинина,
В.С. Юрьев**

ФГБОУВО «Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России».

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

XXI век является веком вирусных инфекций. За последние двадцать лет человечество столкнулось с новыми заболеваниями, которые вызывались такими ранее не известными вирусами, как человеческий метапневмовирус (2001), новыми разновидностями коронавирусов: Sars-coV (2003), MERS-CoV (2012), разновидностями птичьего гриппа: H7N7 (2003), H7N9, H10N8 (2012), свиным гриппом H1N1- A/California/04/2009 (2009). В 2014–2015 годах в западной Африке возникла эпидемия геморрагической лихорадки, вызванной вирусом «Эбола», в 2016-м – лихорадка Зика. 2020 год войдет в мировую историю как пандемия новой коронавирусной инфекции (Sars-coV2, COVID-19), ставшей причиной глобального энергетического и финансово-экономического кризиса. Эта пандемия наглядно продемонстрировала потенциальные угрозы невидимого, но огромного и до конца не познанного окружающего человека микромира вирусов. 263 вируса, циркулирующие среди людей, составляют меньше 0,1% вирусов, которые могли бы быть инфекционными агентами.

Известно, что для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции: повышение температуры тела, кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты), одышка, утомляемость, ощущение заложенности в грудной клетке. Также могут отмечаться боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

Цель исследования. Выявить особенности течения заболевания, в том числе в разных возрастных группах. Оценить факторы риска неблагоприятного исхода заболевания.

Материалы и методы. Мы провели анализ 256 случаев коронавирусной инфекции COVID 19. Анализ сделан за апрель и май 2020 года. Все пациенты находились на стационарном лечении в инфекционном госпитале, профилированном для больных с новой коронавирусной инфекцией. Возраст пациентов от 16 до 92 лет, среди них мужчин – 141 (55,1%), женщин – 115 (44,9%). Во всех случаях диагноз подтвержден методом ПЦР.

Результаты. Интерес представляет возрастная характеристика больных. Все они были разделены на группы: наименьшая (1 группа) в возрасте 16–29 лет – 32 (12,5%); 2 группа – 30–59 лет – 131 (51,2%) и 3 группа – старше 60 лет – 93 (36,3%). Представляется целесообразным более детально провести анализ 3-й возрастной группы, в связи с тем что именно эти пациенты относятся к группе риска: 60–61 год – 44 больных (47,3% от 3 группы и 17,2% от общего числа пациентов); 70–79 лет – 31 больной (33,3% и 12,1% соответственно); пациенты старше 80 лет – 18 больных (19,4% и 7,0% соответственно).

науча и практика

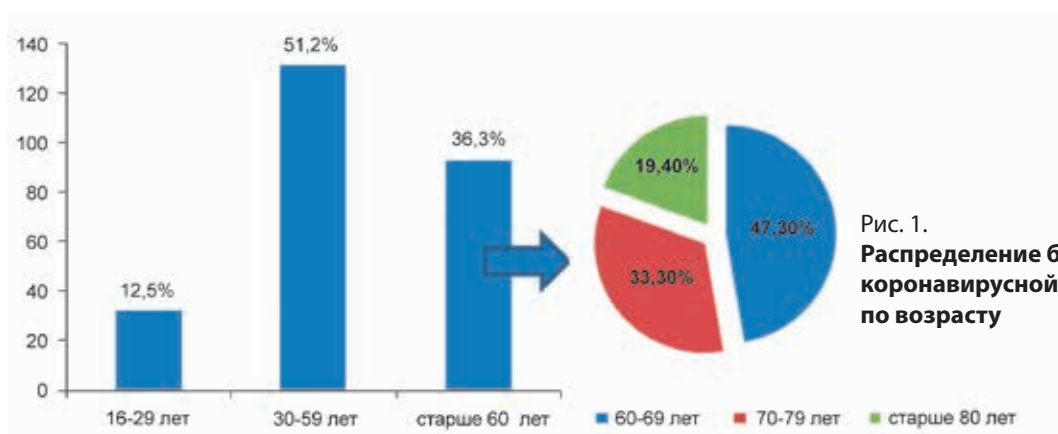


Рис. 1. Распределение больных коронавирусной инфекцией по возрасту

По социальному статусу: школьники и студенты – 25 человек; работающие, служащие работоспособного возраста – 124 человека; пенсионеры – 107 человек.

Комплексное клиничко-лабораторное исследование, проведенное среди больных новой коронавирусной инфекцией, позволило выявить эпидемиологические и клинические особенности данного заболевания.

Госпитализация взрослых проводилась не только по клиническим, но и по эпидемиологическим показаниям, а именно в 35,9% случаев заболевание было выявлено при обследовании по контакту с больным новой коронавирусной инфекцией; 164 (64,1%) пациента госпитализированы с клиническими симптомами ОРВИ или пневмонии, которые подлежали обязательному обследованию на COVID-19.

Следует также отметить, что у пациентов, которые были госпитализированы с явными клиническими симптомами болезни, заболевание чаще осложнялось развитием пневмонии, а крайне тяжелое течение приводило к летальному исходу (рис. 2). Известно, что инкубационный период при COVID-19 составляет от двух до 14 суток, в среднем 5–7 суток. Средний инкубационный период у наблюдаемых нами пациентов – 8,0±4,0 дней. Результаты комплексного клиничко-лабораторного обследования пациентов с коронавирусной инфекцией показали, что с первых дней заболевания у большинства пациентов отмечались слабость, повышение температуры тела и катаральный синдром.

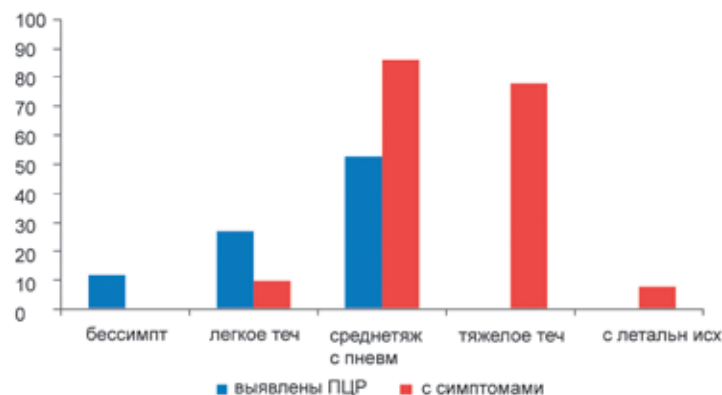


Рис. 2. Течение коронавирусной инфекции в зависимости от сроков выявления заболевания

Легкая степень тяжести (37 человек) характеризовалась общей слабостью, повышением температуры до (37,5±0,3)°C, снижением или потерей обоняния у 60% больных, наличием слабо выраженного катарального синдрома в виде жалоб на першение или чувство жжения в горле, незначительных выделений из носа серозного или серозно-слизистого характера, покашливания или редкого сухого кашля. Пациенты данной группы после проведенной этиопатогенетической терапии были выписаны в удовлетворительном состоянии.

При средней степени тяжести клиническая картина болезни была более яркой, а в 54,3% случаях заболевание осложнилось развитием пневмонии. Следует также отметить, что у 53 пациентов (из 139 со среднетяжелым течением), которые были госпитализированы по эпидемическому контакту и имели положительные результаты ПЦР на COVID-19, в первые дни отсутствовали какие-либо признаки заболевания либо имелись незначительные катаральные явления, субфебрильная температура, общая слабость. Далее, к 3–7 дню, у них снижалось или исчезало обоняние, у всех появлялось першение или жжение в глотке, к 5–10 дню присоединялось резкое повышение температуры до (39,1±1,1)°C, тяжесть или боли в грудной клетке, сухой кашель, одышка в покое. Физикально выслушивали ослабленное или жесткое дыхание, не обильные сухие хрипы, снижалась SpO2 до 94–96%. Однако при рентгенологическом исследовании в разгар клинических проявлений заболевания инфильтрацию легочной ткани выявили только у 18 пациентов, у остальных признаки пневмонии (наличие уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла») определили при КТ уже на 1–5 день от начала госпитализации.

науча и практика

У других 86 больных при поступлении имелись клинические признаки: длительность заболевания 4–10 дней, высокая лихорадка, сухой кашель, боли или тяжесть в грудной клетке, одышка в покое или при незначительной физической нагрузке. Физикально определяли патологические изменения в легких. Помимо типичных для пневмонии симптомов в 15,2% случаев отмечали головную боль, головокружение, снижение слуха, снижение или полную потерю вкуса. Диагноз «пневмония» подтверждали рентгенологически или с помощью КТ. Все пациенты выписаны с клиническим выздоровлением и положительной КТ динамикой.

Анализ клинической картины болезни у пациентов с высокой степенью тяжести (78 больных – 30,46%) показал, что заболевание характеризуется типичными клиническими проявлениями: интоксикацией с высокой лихорадкой, синдромом обструкции бронхо-легочной ткани, с приступообразным сухим кашлем или кашлем со скудной мокротой, одышкой, тяжестью и болями в грудной клетке, дыхательной недостаточностью, снижением сатурации O₂ ниже 80%, кислородозависимостью. Осложнения в виде двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии регистрировались в 79,4% случаев. При этом 37% больных обращались за медицинской помощью на 3–5 сутки от начала заболевания или лечились самостоятельно, принимая различные противовирусные средства и антибиотики. Помимо этого тяжесть основного заболевания усугублялась наличием хронической сопутствующей патологии, в том числе на стадии субкомпенсации или декомпенсации, метаболическим синдромом, демографической старостью, что в некоторых случаях способствовало неблагоприятному исходу. Летальный исход наступил у 8 пациентов из группы больных с высокой степенью тяжести (10%).

Неблагоприятным фоном тяжести коронавирусной пневмонии было наличие следующих хронических заболеваний: у 62 пациентов – патология сердечно-сосудистой системы – ИБС, гипертоническая болезнь, СН II-III ст.; у 51 пациента – метаболический синдром с ожирением II-III ст.; у 9 больных – кахексия; у 42 пациентов – субкомпенсированный или декомпенсированный сахарный диабет; у 23 – бронхиальная астма или ХОБЛ, ДН I-II ст.; у 14 – последствия перенесенных

ОМНК с грубым неврологическим и когнитивным дефицитом; хроническая патология почек – 39; 49 пациентов имели возраст старше 70 лет. У каждого четвертого пациента одновременно имелось более 2-х тяжелых хронических заболеваний (рис. 3).

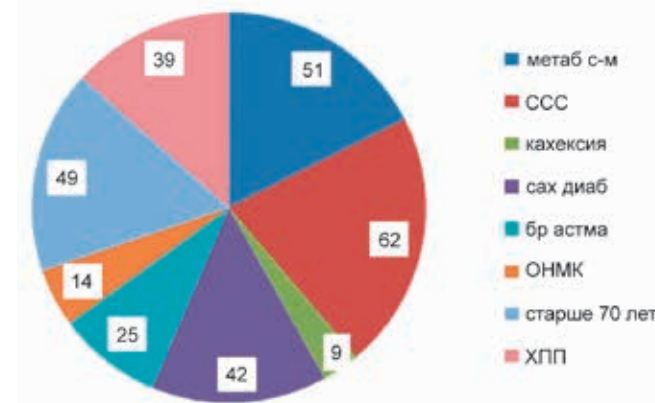


Рис. 3. Факторы риска тяжести ковидных пневмоний

При лабораторном обследовании в гемограмме определялись: лейкопения, нейтрофиллез, лимфопения. В биохимических – высокий уровень СРБ, ЛДГ, повышение мочевины, креатинина, нарушения электролитного баланса.

Лечение проводили комплексное, согласно временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика, лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» (в том числе 4, 5, 6 версии): рекомендованными к применению противовирусными препаратами (умифеновир, калетра, гидроксихлорохин) в сочетании с антибиотиками, патогенетическими и симптоматическими препаратами. Важную роль в лечении ковидных пневмоний, особенно при тяжелом течении, играло назначение низкомолекулярных гепаринов в лечебных дозах, интерферонов-бета 1b, блокаторов ИЛ-6, обеспечение инсуффляций увлажненным кислородом, ограничение введения парентерально жидкости до 700 мл.

Заключение. Анализ заболевания коронавирусной инфекцией, вызванной новым штаммом коронавируса COVID-19, показал, что оно характеризуется преимущественным поражением респираторного тракта. Ранним диагностическим критерием у половины пациентов может служить снижение или отсутствие обоняния на ранних этапах заболевания в сочетании с катаральными явлениями различной интенсивности. Выявлен продолжительный бессимптомный период со скудными физикальными данными (5–10 дней) даже при наличии пневмонии. Более эффективная диагностика пневмонии при COVID-19 – КТ легких.

Особенностями коронавирусной инфекции является благоприятное течение заболевания при раннем выявлении и своевременном начале этиотропной терапии. Тяжесть течения заболевания связана с поздним обращением, запоздалым началом лечения.

Усугубление тяжести заболевания обусловлено наличием декомпенсированной и субкомпенсированной хронической патологии, демографической старостью, что и являлось факторами риска неблагоприятного исхода заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



М.В. Луценко

АВТОРЫ

М.В. Луценко, Д.С. Шамов,
Д.Г. Власов, Е.Г. Бортовчук

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Коронавирус (COVID-19, 2019-nCoV) – инфекционное заболевание, которое имеет вирусную природу. В большинстве случаев протекает в легкой форме как острая респираторная инфекция. Симптомы болезни у взрослых людей маловыраженные, схожие с признаками ОРВИ. Обычное начало не гарантирует того, что пациент сможет полностью выздороветь дома, осложнения на легкие проявляются позднее, чаще на второй неделе, особенно это касается пациентов с неблагоприятным преморбидным фоном. Для иллюстрации приводим, как пример клинический случай.

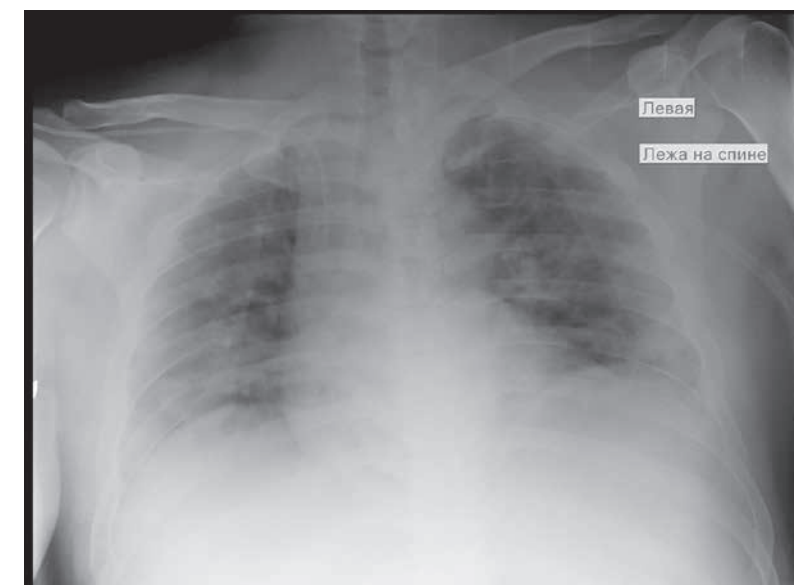
Пациент А., возраст 37 лет, поступил в инфекционный стационар 20.05.2020, выписан 05.06.2020.

Жалобы при поступлении: повышение температуры тела до 39,0, одышка, сухой кашель, вялость, SpO2 при поступлении 98%. Объективно в легких дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы.

Из анамнеза выяснено, что заболел 12.05, когда отметил повышение температуры тела, слабость, сухой кашель. Принимал парацетамол, цитрамон, проводилась флюорография легких, патологии не выявлено. 20 мая, в связи с ухудшением состояния, была проведена рентгенография легких, выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония. Неблагоприятный фон – ожирение 2 ст.

По результатам рентгена при поступлении: справа в проекции нижней доли, слева в верхней и нижней доле неоднородное снижение пневматизации на фоне деформированного легочного рисунка; корни легких плохо дифференцированы; жидкость в плевральных полостях не определяется; тень сердца расширена влево.

Заключение: 2-сторонняя полисегментарная пневмония.



По оценочным шкалам: Глазго – 15 баллов, SOFA – 8 баллов, SAPSII – 21 балл, риск летального исхода – 4,8%.

Учитывая отрицательную динамику от 21.05.2020, при осмотре анестезиолога-реаниматолога в отделении зарегистрирована десатурация до 80%, нарастание одышки до 32 в минуту, лихорадка до 37,5 С, пациент переведен в ПРИТ инфекции.

Результат анализа на COVID-19 положительный от момента поступления.

Клинический диагноз – U07.1. Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, тяжелое течение, осложненная двусторонней полисегментарной пневмонией, тяжелое течение. ОДН 3 ст.

22.05.2020 пациент переведен на АИВЛ в режим ВІРАР с исходным FiO2 50%. Индекс оксигенации с минимальными значениями до 155, с последующим повышением на фоне интенсивной терапии и респираторной терапии увеличился до 310, пациент был экстубирован. Получал лечение: калидабир по 200+50 2 раза в день 14 дней, антибиотикотерапия (меропенем + левофлоксацин), фраксипарин п/к, ГКС, флуимуцил). Общее количество часов на АИВЛ – 109.

26.05.2020 был переведен для дальнейшего лечения в профильное отделение. В этот же день проведен контрольный рентген грудной клетки: на снимке грудной клетки, выполненном лежа на месте, легкие расправлены; рентген-картина с отрицательной динамикой справа в нижних, средних отделах, слева в нижних отделах участки инфильтрации увеличились в интенсивности; корни малоструктурные; средостение не смещено; купола диафрагмы ровные.

03.06.2020 – рентген-картина с положительной динамикой.

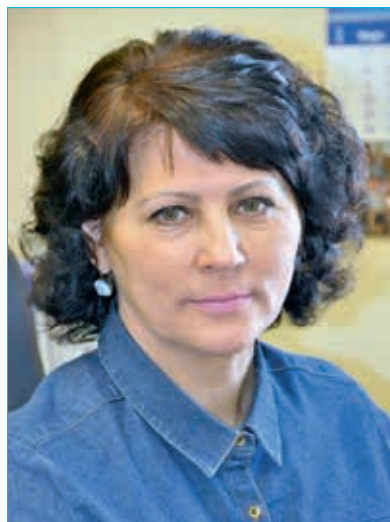
Получен 2-кратный отрицательный анализ на COVID-19.

05.06.2020 выписан из стационара в состоянии клинического улучшения под наблюдение участкового врача.

Динамика анализов крови:

Дата	22.05	23.05	24.05	25.05	26.06	27.05
СРБ	127	207	99	40	14	3.0
ЛДГ	1569	1262	1162	672	603	
Лейк.	4.8	3.4	4.4	5.5	5.8	
СОЭ	56	58	54	48	46	

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 (ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ)



Г.А. Иванова

АВТОРЫ

Г.А. Иванова,
заместитель главного врача по лечебной
работе КГБУЗ КССМП,

Е.В. Тумшевиц,
врач-кардиолог подстанции №1
КГБУЗ КССМП,

Е.В. Агишев,
врач-кардиолог подстанции №1
КГБУЗ КССМП

Уже почти 5 месяцев мир живет в новой реальности, обусловленной выявлением не известного ранее вируса – COVID-19. По Красноярскому краю на 20 мая количество заразившихся коронавирусом достигло 2445, в Красноярске – 1131. Врачами и фельдшерами красноярской станции скорой помощи на 20.05.2020 года выполнен 281 вызов к контактным больным. Несмотря на установленные ВОЗ 24 марта 2020 года критерии определения COVID-19, неспецифичность и гетерогенность симптомов при COVID-19 затрудняют диагностику и дифференциальную диагностику, особенно на догоспитальном этапе. Поэтому врачу и фельдшеру скорой помощи приходится ориентироваться именно на возможность контактирования обратившихся за помощью больных с вирусоносителями.

Помимо сложности в диагностике COVID-19 представлен и значительной вариабельностью течения: от асимптомного до тяжелой полиорганной недостаточ-

ности и смерти. Соответственно, возникают вопросы. Возможно ли адекватное лечение болезни с не очень четкими критериями установления диагноза? Что считать эффективным лечением? Какое лечение необходимо – симптоматическое, направленное на уничтожение вируса в организме или и то, и другое? Надо ли лечить бессимптомное течение болезни? Что является доказательством эффективного лечения COVID-19?

На сегодняшний день во Временных методических рекомендациях МЗ РФ говорится: «Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERS-CoV, позволяет выделить несколько этиотропных препаратов, которые рекомендовано использовать в комбинации. К ним относятся хлорохин, гидроксихлорохин, лопинавир+ритонавир, азитромицин (в комбинации с гидроксихлорохином), препараты интерферонов». Однако на текущий момент в мире нет доказательств эффективности применения данной группы препаратов (хлорохин, гидроксихлорохин) для лечения COVID-19, и исследования продолжаются. Обзоры литературы, проведенные в апреле 2020 года, не выявили убедительных данных, указывающих на снижение летальности или уменьшение числа осложнений в результате применения гидроксихлорохина и хлорохина. Однако РКИ еще не завершены. Возможно, препарат даст положительный эффект в группе пациентов с определенными клиническими и/или демографическими характеристиками, оказавшись совершенно бесполезным или даже вредным у пациентов с другими характеристиками.

В настоящее время в мире проводится более 500 клинических испытаний методов лечения COVID-19. ВОЗ организовало исследование «Солидарность» (Solidaritytrial), в которое включены уже тысячи госпитализированных пациентов более чем в 100 странах.

Все препараты, которые применялись и сейчас применяются для лечения COVID-19, были одобрены ранее и использовались для лечения других заболеваний. 31 марта 2020 года ВОЗ опубликовала свою позицию по поводу применения при COVID-19 препаратов off-label. В сообщении говорится, что врачи во многих странах назначают пациентам с COVID-19 лекарства, которые не были одобрены для этого заболевания, поэтому такое назначение должно проводиться в индивидуальном порядке и регулиро-

ется национальными законами и правилами. В методических рекомендациях МЗ РФ (версия 6) указано: «Применение препаратов off-label должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федеральных законов № 323-ФЗ, № 61-ФЗ, Национального стандарта РФ ГОСТ Р ИСО 14155-2014, приказа МЗ РФ № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики», Хельсинкской декларации от 2013 г.

В текущих условиях распространения новой коронавирусной инфекции и ограниченности доказательной базы по лечению COVID-19 использование препаратов в режиме off-label для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 базируется на международных рекомендациях, а также согласованных экспертных мнениях, основанных на оценке степени пользы и риска при использовании терапии в режиме off-label.

В мае 2020 года еще нет единых международных правил и принципов лечения COVID-19. Основные принципы лечения – индивидуализированная терапия, направленная на коррекцию тех или иных проявлений COVID-19 и его осложнений (ОРДС, вторичной бактериальной пневмонии, тромботических осложнений, полиорганной недостаточности, цитокинового шторма), а также сопутствующей патологии (сахарный диабет, ИБС, АГ, ХОБЛ и т.д.).

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ COVID-19

COVID-19 может оказывать значимое влияние на функцию сердечно-сосудистой системы и приводить к повреждению миокарда.

ОСТРОЕ КАРДИАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

По данным китайских исследователей, поражение сердечно-сосудистой системы отмечалось у 40% пациентов, умерших от инфекции COVID-19. По ретроспективным данным многоцентрового когортного исследования, выявлены факторы, ассоциированные с неблагоприятным прогнозом для пациентов с COVID-19: пожилой возраст, повышенные уровни D-димера и высокий показатель по шкале SOFA (последовательная оценка органной недостаточности), включающий в качестве одного из оцениваемых индикаторов уровень среднего артериального давления и потребность в вазопрессорной поддержке. Определение данных показателей при госпитализации позволяет выявлять группу риска развития жизнеугрожающих осложнений.

Для оценки острого повреждения миокарда у пациентов с COVID-19 применяются биомаркеры: высокочувствительный тропонин I и MB-фракция креатин-

фосфокиназы. Уровни биомаркеров повреждения миокарда были значительно выше у пациентов, находящихся на лечении в отделениях интенсивной терапии, чем у тех, кто не нуждался в интенсивной терапии. Таким образом, у пациентов с тяжелыми симптомами значительно чаще возникают осложнения, связанные с острым повреждением миокарда.

Было показано, что анамнез ИБС и повышение уровня высокочувствительного тропонина I являются детерминантами клинического статуса у пациентов с COVID-19. Обсуждаются следующие возможные механизмы острого повреждения миокарда, вызванного инфекцией SARS-CoV-2:

- сигнальные пути ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2), вовлеченные в каскад повреждения сердца (снижение экспрессии АПФ2, дисрегуляция ренин-ангиотензиновой системы);
- цитокиновый шторм вследствие несбалансированного ответа Т-хелперов 1-го и 2-го типов;
- дыхательная дисфункция и гипоксемия, приводящие к повреждению кардиомиоцитов;
- микроваскулярное повреждение вследствие гипоперфузии, повышенной сосудистой проницаемости, ангиоспазма.

По ряду данных, Ближневосточный респираторный синдром (MERS-COV), ассоциированный с коронавирусом, может быть причиной острого миокардита и сердечной недостаточности. Состояние некоторых пациентов с тяжелой инфекцией SARS-CoV-2 может быстро ухудшаться с развитием полиорганной недостаточности и фульминантного миокардита. У таких больных может рассматриваться применение систем механической поддержки кровообращения. Группой риска являются пациенты с чрезвычайно высоким уровнем сердечного тропонина I и новыми эпизодами нарушений ритма. Часто у пациентов с COVID-19 увеличение ЧСС несоразмерно повышению температуры тела, однако связано с более низкой сатурацией кислородом. По ряду данных, увеличение ЧСС может быть ассоциировано с ухудшением прогноза, поэтому у пациентов с повреждением миокарда должен выполняться мониторинг ЭКГ.

ХРОНИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Ассоциированное с противовирусной терапией поражение сердца при лечении COVID-19 является еще одной обсуждаемой проблемой. Многие противовирусные препараты могут вызывать сердечную недостаточность, нарушения ритма и другие неблагоприятные эффекты. Поэтому при лечении COVID-19, особенно при использовании противовирусных препаратов, необходим регулярный мониторинг риска кардиотоксичности.

12-летнее наблюдение пациентов, перенесших инфекцию, вызванную SARS-CoV, продемонстрировало изменения липидного обмена по сравнению с пациентами без анамнеза данной инфекции: отмечено значимое повышение сывороточных концентраций свободных жирных кислот, лизофосфатидилхолина, лизофосфатидилэтаноламина и фосфатидилглицерина. Учитывая, что SARS-CoV-2 имеет структуру, аналогичную SARS-CoV, этот новый вирус может также вызвать метаболические нарушения, что требует оценки при ведении пациентов с COVID-19.

ЧТО ВАЖНО УЧИТЫВАТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ COVID-19

1. Проведение ЭКГ во время пандемии COVID-19. У всех пациентов с подозрением на COVID-19 или с уже подтвержденным диагнозом рекомендуется проведение электрокардиографии (ЭКГ) в стандартных отведениях. Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации, однако в настоящее время известно, что вирусная инфекция и пневмония помимо декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивают риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома, своевременное выявление которых значимо влияет на прогноз. Ряд антибактериальных препаратов (респираторные фторхинолоны, макролиды), а также некоторые другие этиотропные препараты, применяемые во время COVID-19, обладают кардиотоксичностью, и их прием может сопровождаться развитием, например, синдрома удлиненного QT. Вопросы о назначении этих препаратов в случае измененной ЭКГ и о дальнейшей терапии при возникновении изменений ЭКГ на фоне проводимой терапии решаются строго индивидуально совместно с кардиологами.

2. Макролиды метаболизируются с участием системы цитохрома P 450, а именно CYP3A4. Кроме того, макролиды могут замедлять метаболизм других лекарственных препаратов, проходящий с участием указанного изофермента. Наиболее мощным ингибитором CYP3A4 является эритромицин. Вторая группа, кларитромицин, рокситромицин и джозамицин, в меньшей степени блокирует систему цитохрома. И третья группа, азитромицин, спирамицин, рокситромицин и дицитромицин, в наименьшей степени влияет на CYP3A4. Лопинавир/ритонавир *in vitro* и *in vivo* также является ингибитором изофермента CYP3A. Одновременное применение лопинавира/ритонавира и препаратов, в основном метаболизируемых изоферментом CYP3A, например – дигидропиридиновые блокаторы «медленных» кальциевых каналов, ингибиторы ГМГ-КоА-ре-

дуктазы, иммунодепрессанты и ингибиторы фосфодиэстеразы 5 (ФДЭ-5), может привести к увеличению плазменных концентраций этих препаратов, терапевтическое или побочное действие которых может усиливаться или продлиться. У препаратов, которые активно метаболизируются изоферментом CYP3A и имеют высокий пресистемный метаболизм, при приеме одновременно с лопинавиром/ритонавиром более часто наблюдается значительное увеличение биодоступности.

3. Одновременное назначение специфической терапии и лекарственных препаратов для лечения имеющих у пожилого пациента хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы может сопровождаться развитием целого ряда нежелательных реакций. Учитывая, что лопинавир/ритонавир и азитромицин являются ингибиторами системы цитохрома P450, их одновременное назначение с препаратами, метаболизирующимися с участием этой системы, может приводить к замедлению метаболизма и созданию токсической концентрации последних. Соответственно, назначение ряда антиаритмиков, гипотензивных препаратов, диуретиков в комбинации с лопинавиром/ритонавиром и азитромицином необходимо делать осторожно и под постоянным контролем со стороны врачей.

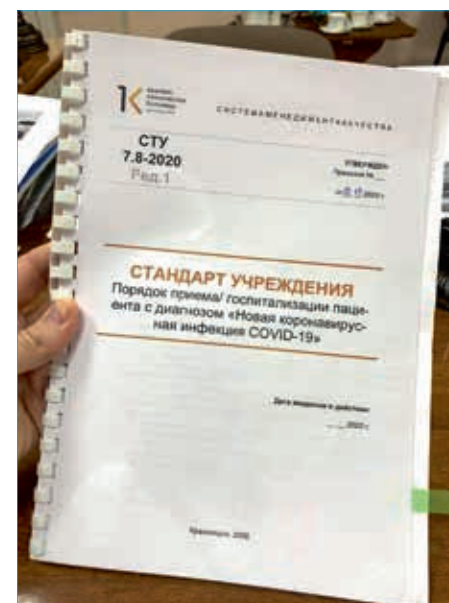
ЛИТЕРАТУРА

1. Gautret P, Lagier JC, Parola P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial [published online ahead of print, 2020 Mar 20]. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;105949. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
2. Official Statement from International Society of Antimicrobial Chemotherapy (ISAC) Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial (Gautret P et al. PMID 32205204) <https://www.isac.world/news-and-publications/official-isac-statement>.
3. <https://rg.ru/2020/05/16/preparat-meflokin-okazalsia-effektivnym-protiv-koronavirusa.html>.
4. Piszczatoski CR1, Powell Emergency Approval of Chloroquine and Hydroxychloroquine for Treatment of COVID-19. *Ann Pharmacother*. 2020 May 9;1060028020925558. doi: 10.1177/1060028020925558.
5. Омеляновский В.В., Антонов А.А., Безденежных Т.П., Хачатрян Г.Р. Систематический обзор актуальных научных сведений о применении лекарственных препаратов в терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020; (1): 8–18. DOI: 10.31556/2219-0678.2020.39.1.008-018.
6. NIH Clinical Trial Shows Remdesivir Accelerates Recovery from Advanced COVID-19 <https://www.niaid.nih.gov/news-events/nih-clinical-trial-shows-remdesivir-accelerates-recovery-advanced-covid-19>.
6. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31022-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31022-9/fulltext)
7. <https://www.fda.gov/media/137564/download>.
8. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>.
9. Perry Wilson COVID-19 Data, Fast and Furious: «We Need to Adapt» <https://www.medscape.com/viewarticle/927616>.
10. Mandrola Some Data May Be Worse Than No Data in the COVID Era. <https://www.medscape.com/viewarticle/930504>.
11. <https://us19.campaign-archive.com/?u=ef98149bee3f299584374540a&iid=4d38d91d15>.

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА В КОНЦЕ МАЯ «РАСПЕЧАТАЛА» РЕЗЕРВ КОЕК



Первый зараженный коронавирусом в Российской Федерации зарегистрирован в Москве 2 марта 2020 года. С этого момента в краевой клинической больнице велась работа по перепрофилированию легочного корпуса в инфекционный госпиталь. Там же было организовано обсервационно-распределительное отделение для пациентов с неуточненным диагнозом.



Ресурсы ККБ на 13 марта составляли 160 аппаратов ИВЛ, 5 аппаратов ЭКМО. Ощущался дефицит защитных средств для медицинских работников, как и во всем мире. К счастью, до появления первых пациентов было время его восполнить.

16 марта 2020 года – исторический день: коронавирус пришел в Красноярск. Турист, вернувшийся из Австрии, стал 64-м по счету инфицированным в России. По этому поводу в крае проведено селективное совещание по противодействию инфекции.

С 19 марта главный врач ККБ Егор Корчагин через соцсети стал публиковать короткие сводки о наличии в больнице пациентов с пневмонией и о мерах подготовки к возможной вспышке инфекции. Эта информация была нужна огромному количеству людей, ведь страх и паника возникают от незнания.

21 марта в Красноярске было всего пять зараженных, а в нашей больнице пациенты уже активно тестировались на коронавирус: ежедневно проводилось от 30 до 45 тестов. У пациентов, умерших от внебольничной пневмонии (в марте их было пятеро), диагноз «коронавирусная инфекция» не подтвердился.

25 марта в больнице были готовы 72 реанимационные койки для пациентов с пневмонией, в резерве – еще 162 койки для кислородной поддержки. Массовая эвакуация отделений и сотрудников из легочного корпуса в главный состоялась 28 и 29 марта – через две недели после появления в городе первого зараженного коронавирусом.

30 марта больница прекратила прием плановых больных, в поликлинике запретили очные консультации. Первый положительный ответ на коронавирус получен 11 апреля. С этого момента на обсервации находились врачи и медицинские сестры. Уже через сутки в больнице было трое пациентов с коронавирусной инфекцией.

На 13 апреля в крае зафиксировано 110 зараженных, а уже к 17 апреля – 231, из них 10 человек находились на ИВЛ (пять в Красноярске, пять в районах). 19 апреля в краевой клинической больнице умер первый пациент с Covid-19. В крае в этот день было 300 зараженных.

К концу апреля в ККБ ежедневно проводилось более 100 тестов на коронавирусную инфекцию.

В мае резко выросло количество госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией, и это следствие не только вспышки на ГОК «Полус», но и роста инфицированных в столице края. В последнюю неделю мая число таких пациентов достигло 175, количество реанимационных пациентов на ИВЛ тоже



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Алексей Иванович Грицан,
профессор, заведующий кафедрой
анестезиологии
и реаниматологии ИПО:

– Позиция Федерации анестезиологов-реаниматологов России по ведению реанимационных больных с коронавирусной инфекцией следующая: у пациентов развивается всем нам знакомый острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), грозное осложнение пневмонии. Летальность от ОРДС во всем мире около 40%. Гистология легочной ткани у пациентов, погибших от коронавирусной пневмонии, тоже знакома патологоанатомам. Но клинические особенности все же есть.

Во-первых, мы наблюдаем достаточное количество пациентов, для которых спасительна кислородотерапия или неинвазивная вентиляция в прон-позиции, на животе. Этот метод позволяет избежать перевода на ИВЛ.

Во-вторых, на 8–10 сутки у многих больных отмечается тенденция к образованию тромбов. У реанимационных пациентов мы фиксировали клинику инфаркта миокарда, но на вскрытии у погибших диагноз «инфаркт» снимался – сосуды были проходимы.

Отмечу необходимость проведения КТ на 10-е сутки заболевания – это время наибольших изменений в легких.

Все реаниматологи отмечают крайне медленную динамику пациентов на ИВЛ – механическая вентиляция длится не менее двух недель.

И еще одна особенность этих больных: мы, как обычно при длительной вентиляции, проводим пациентам трахеостомию, но мокроты у них отделяется непривычно мало.



значительно выросло – в среднем до 20–23. Смертность от внебольничной пневмонии увеличилась незначительно: максимальное количество умерших в крае – четверо в сутки.

Что касается вспышки коронавируса на золотодобывающем предприятии «Полус», то краевая больница немедленно отправила в Еруду десант врачей и медицинских сестер, а затем усилила эту бригаду – всего на руднике работали 28 наших специалистов.

26 мая краевая больница «распечатала» резервные койки. Причина – ежедневный и интенсивный рост количества зараженных. До этого дня в госпитале для пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией были задействованы 24 реанимационные койки, укомплектованные аппаратами ИВЛ, и 154 места с возможностью кислородной поддержки для больных средней степени тяжести.

В последних числах мая к имеющемуся фонду добавилось 18 реанимационных коек и 60 пульмонологических коек из резервного фонда.

Вся страна ждет – когда пандемия преодолит плато и начнется существенное снижение количества зараженных.

– Мы каждый день получаем тревожные сводки о росте числа заболевших коронавирусом, – говорит главный врач ККБ Егор Корчагин. – Это словно вести с фронта, мы теперь очень хорошо представляем, с какой тревогой люди во время войны слушали радио. Да, мы устали и пока не представляем, когда пандемия закончится. Но разве у нас есть выход? Надо бороться за каждую жизнь, делать для пациентов все возможное.

Недавно из краевой больницы выписали 90-летнюю пациентку с перенесенной двухсторонней коронавирусной пневмонией. Почему-то именно такие счастливые выздоровления, когда вирус побеждает старики, внушают всем нам оптимизм. Уж если 90-летняя бабушка справилась, мы тоже сможем в случае чего.

Тем более, смертность от инфекции в нашем крае остается низкой – не достигла и процента.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Ирина Владимировна Демко,
профессор, заведующая кафедрой
внутренних болезней
и иммунологии с курсом ПО:

– Существуют особенности течения коронавирусной инфекции, это относительно медленное нарастание тяжелых клинических симптомов: лихорадки, интоксикации, боли в груди, одышки.

При гриппе они развиваются на 2–3 день после короткого продромального периода, а при коронавирусе – на 6–8 день.

Для коронавирусной инфекции характерны не только обычные респираторные симптомы, но и конъюнктивит, диарея, а главное – изменения в свертывающей системе крови. В лабораторных анализах мы видим свидетельства гиперкоагуляции, у пациентов образуются микротромбы.

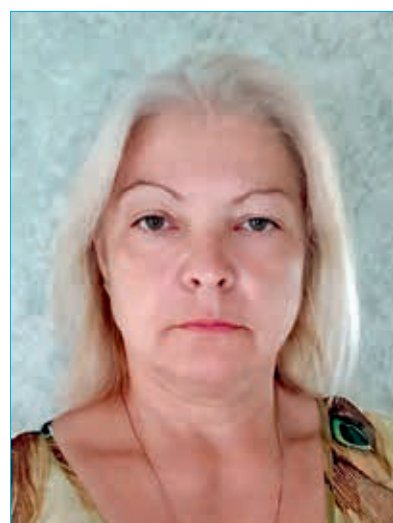
При адекватной терапии низкомолекулярными гепаринами микротромбозы можно предотвратить.

Тревожно также, что пациенты с коронавирусной пневмонией относительно хорошо себя чувствуют, и только когда поражена значительная часть легких, у них нарастает симптоматика: боль, жжение, одышка.

Конечно, все мы надеемся на появление эффективной вакцины, но вирус мутирует, поэтому я не исключаю, что он останется с нами навсегда, надеюсь, в щадящей форме.



научная и практика ПРОФЕССИОНАЛЫ СТАЛО БОЛЬШЕ



Т.Ю. Кузьмина

**Т.Ю. Кузьмина,
А.А. Упирова**

ФГБОУВО «Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России».

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

В инфекционном госпитале БСМП, профилированном для оказания медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией, трудится третья смена. В первую смену в бригаде работали преимущественно профессионалы – инфекционисты. Несмотря на их высокую квалификацию и отработанные профессиональные навыки оказания медицинской помощи инфицированным больным, в том числе в игровом, тренировочном стиле при работе с ООИ, с такой опасной инфекцией пришлось столкнуться практически впервые. Именно эта смена приняла первый «удар» нового коронавируса, отработала на практике особенности оказания медицинской помощи в условиях строгого противоэпидемического режима и передала этот опыт своим преемникам.

Особенностью второй смены было то, что в составе бригады вместе с опытными врачами и медицинскими сестрами работали сотрудники и обучающиеся КрасГМУ: врачи – 11 клинических ординаторов 1 и 2 года обучения (кардиолог, гинеколог, терапевт, 3 реаниматолога и 5 инфекционистов); в качестве медицинских сестер трудились студенты 6-го курса; санитарками – студенты 5-го курса (всего 10 человек).

Начальником госпиталя была доцент кафедры инфекционных болезней КрасГМУ Татьяна Юрьевна Кузьмина.

научная и практика

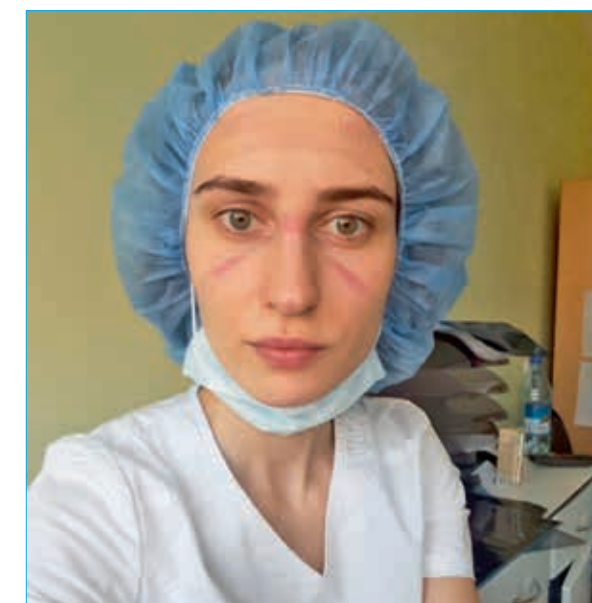


Молодые врачи зашли на работу в условиях обсервации осознанно, зная, что рискуют своим здоровьем, что им придется столкнуться с большим и непривычным для них объемом работы, бессонными ночами, работе в СИЗах, трудностями быта...

Зашли и отработали достойно, показали свою грамотность и компетентность как в теории, так и на практике; во взаимоотношениях с больными, их родственниками, медперсоналом; быстро приняли решения в экстренных ситуациях. И никто не пожаловался на те трудности (а они намного превысили ожидаемые), с которыми столкнулись.

Несмотря на молодость и небольшой самостоятельный опыт работы все справились на отлично. Работа в «ковидном» госпитале БСМП сделала молодых и неопытных настоящими профессионалами, которые достойно пойдут по жизни, преодолевая все трудности врачебной профессии.

В третьей декаде мая из инфекционного госпиталя вышла вторая смена сотрудников, а зашла третья: врачи, медсестры, санитарки в количестве 90 человек. И снова трудятся там как опытные профессионалы, так и молодежь, в том числе сотрудники и обучающиеся КрасГМУ.



ВСТРЕЧАЕМ ПЕРВЫМИ



АВТОР

В.И. Кожухов,
главный врач
КГБУЗ
«Емельяновская РБ»

Официально коронавирус в Красноярске был диагностирован 16 марта. Из-за угрозы массового распространения коронавирусной инфекции в Красноярском крае был введен режим повышенной готовности.

Чтобы предотвратить распространение коронавирусной инфекции в регионе управление Роспотребнадзора по Красноярскому краю предпринимает комплекс мер по усилению санитарно-карантинного контроля в пункте пропуска через государственную границу в аэропорту Красноярск. Был введен двойной контроль лиц, прибывающих из-за рубежа и неблагополучных регионов, с использованием стационарного и переносного тепловизионного оборудования.

В аэропорту организовано медицинское наблюдение за всеми лицами, прибывшими с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), а также прибывшими через другие субъекты Российской Федерации другими видами транспорта.

В связи с тем, что аэропорт Красноярск находится на территории Емельяновского района, проведение первичных противоэпидемических мероприятий со всеми лицами, прибывшими с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции, выпало на долю нашей больницы. В КГБУЗ «Емельяновская РБ» были сформированы специальные бригады, которые осуществляют выезд в аэропорт для проведения противоэпидемических мероприятий. В состав бригад вошли врачи-тера-



певты, медицинские сестры, волонтеры. В связи с тем, что в аэропорт одновременно прибывало от 200 до 800 пассажиров, состав бригад иногда достигал 20 человек.

На прибывших граждан с целью их дальнейшего наблюдения и учета заполнялись опросные листы, оформлялись добровольные информированные согласия. При наличии показаний осуществлялся забор биологического материала (мазки из носоглотки) непосредственно на территории аэропорта, при



необходимости осуществлялась транспортировка больных в Красноярск – в инфекционное отделение КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

После проведения первичных противоэпидемических мероприятий все прибывшие граждане были внесены в специальную базу лиц, находящихся на самоизоляции. К этой базе имеют доступ сотрудники правоохранительных органов.

С апреля в аэропорту Красноярск приняты рейсы из многих иностранных государств: Индия, Вьетнам, Китай, Таиланд, Турция и др., оформлено, обследовано и внесено в специальные базы более 9000 человек.

Работа с гражданами, прибывающими с пандемически опасных по новой коронавирусной инфекции территорий, продолжается до сих пор.



АО «МЕДТЕХНИКА» — ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПАРТНЕР



М.Б. Варава,
генеральный директор
АО «МЕДТЕХНИКА»

Уважаемые коллеги!

Поздравляем вас с
профессиональным праздником —
Днём медицинского работника!

В этот день мы от души желаем
вам крепкого здоровья, оптимизма,
благополучия, новых достижений
в медицине!

АО «МЕДТЕХНИКА» на медицинском рынке с 1948 года и в настоящее время входит в число крупнейших поставщиков оборудования для учреждений здравоохранения Красноярского края. Длительные партнерские отношения с ведущими отечественными и мировыми производителями медицинской техники позволяют нам обеспечивать оптимальные условия поставки и сервисного обслуживания.

В нашем распоряжении 3 филиала и 25 пунктов технического обслуживания на территории Красноярска и края.

Предприятие располагает самой большой в регионе материально-технической и сервисной базой:

- аккредитованной метрологической службой в области поверки СИ и ИИИ;
- необходимой квалификацией персонала со специальным техническим образованием и группами допуска по электробезопасности, большим количеством сертификатов и свидетельств о повышении квалификации и прохождении учебных курсов на заводах-изготовителях;
- производственными помещениями, соответствующими санитарным нормам;
- производственным оборудованием и средствами контроля для выполнения работ;
- актуализированной нормативной, технической и эксплуатационной документацией, отраслевыми документами.

Все это позволяет осуществлять полный комплекс услуг, связанный с поставками оборудования, своими силами без привлечения сторонних подрядных организаций оперативно реагировать на обращения медицинских учреждений и в кратчайшие сроки решать задачи различной сложности по обслуживанию медицинской техники.

В нашей компании постоянно ведется изучение последних разработок в области медицины и медицинских технологий, особенностей их внедрения и использования. Мы консультируем при подборе оборудования, поставляем и вводим его в эксплуатацию, проводим инструктаж по правилам безопасной эксплуатации медицинской техники.



АО «МЕДТЕХНИКА» оказывает полный комплекс услуг, связанных с поставками, техническим обслуживанием и ремонтом оборудования; своими силами без привлечения сторонних подрядных организаций оперативно реагирует на обращения медицинских учреждений и в кратчайшие сроки решает задачи различной сложности по обслуживанию медицинской техники.

Основные направления работы сервисного центра АО «МЕДТЕХНИКА»:

- Монтаж и пусконаладка медицинской техники — комплекс работ от распаковки медицинской техники и оборудования до обучения медицинского персонала.
- Оказываем услуги по размещению и подготовке помещений в соответствии с требованиями нормативно-технической документации изготовителя, с учетом класса безопасности и других специальных требований.
- Контроль технического состояния медицинской техники — перед использованием, периодический (плановый) КТС, текущий (внеплановый) КТС. Проводим инструментальный контроль, оформляем свидетельство на соответствие технических характеристик).
- Периодическое и текущее техническое обслуживание медицинской техники — в объемах, необходимых для обеспечения работоспособности медицинской техники.
- Ремонт медицинской техники выполняется на месте эксплуатации или на предприятии, в зависимости от сложности ремонта. Все виды ремонта проводятся с заменой оригинальных запасных частей.
- Метрологическое обеспечение медицинской техники.

Обеспечиваем подготовку и поверку средств измерений. Проводим инструментальный контроль всей номенклатуры медицинской техники, имеющей нормированные характеристики с выдачей результатов контроля.

- Испытания и измерения параметров медицинского рентгеновского оборудования и средств защиты с выдачей заключения
- Испытания и измерения параметров внутренних электрических сетей, силового оборудования с выдачей заключения.
- Подготовка к лицензированию частных клиник.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НАШЕЙ РАБОТЫ — ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, НАДЕЖНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ.



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

mail@krasmt.ru
www.krasmt.ru

В УСЛОВИЯХ ОСОБОЙ ЗАЩИТЫ



АВТОР

С.А. Скрипкин,

главный врач КГБУЗ «КССМП»



смены. На подстанциях чаще проводят влажную уборку. Теперь антисептиком обрабатываются ручки входных дверей и перила. В коридорах стоят пульверизаторы с антисептиками.

Для выездов на подтвержденные случаи заражения были созданы специализированные эвакуационные бригады. В эти бригады записывались по желанию. Медик должен был понимать, что может оказаться в ситуации, когда его придется закрыть на рабочем месте на продолжительное время, как это происходит во многих медучреждениях страны. На каждой подстанции под эвакубригады выделили отдельную комнату. Там есть кровать для отдыха и стол для работы с документацией. Ассоциация работников



Работа скорой помощи весной 2020 года стала более напряженной и ответственной. Новое появилось в телефонном опросе обращающихся за помощью, в экипировке сотрудников, в маршрутизации пациентов. Опросы стали более подробными – никогда раньше в скорой не приходилось интересоваться поездками и окружением пациента! Экипировка теперь требует времени – ведь если фельдшер отправляется к человеку с подтвержденной коронавирусной инфекцией, он должен получить защитный костюм, облачиться в него, не оставляя незакрытых участков кожи, и помочь экипироваться водителю (у того – халат с завязками на спине). Усложнилась и маршрутизация – одни отделения в стационарах закрываются, в других – появляются дополнительные места для пациентов с инфекцией.

И на всех без исключения медиков легла большая ответственность: не заразиться самому, не заразить никого вокруг!

В первые дни распространения инфекции в европейской части страны стало понятно, что самых распространенных и простых средств индивидуальной защиты – масок – надолго не хватит. При этом у поставщиков резко закончилось предложение. Было решено шить маски самостоятельно из шести слоев марли. Маски стали носить в течение всей рабочей



скорой медицинской помощи и профсоюз здравоохранения Красноярского края приобрели для каждой такой комнаты чайник и микроволновую печь, чтобы медики из эвакубригад как можно меньше контактировали с коллегами на подстанции.

У медиков эвакубригад началась психологическая нагрузка: изоляция на работе, изоляция дома. У кого была возможность, отправили жен и детей в деревню. Фельдшер Галина Титова признается 22 мая: «Я уже два месяца не видела своего ребенка».

В конце марта среди сотрудников скорой помощи начались первые случаи заражения ковид-19. Ежедневно у всех медиков начали брать пробы на инфекцию.

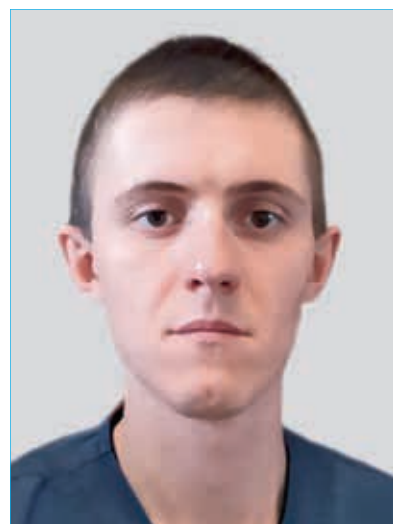
28 апреля президент Владимир Путин объявил Днем сотрудника скорой помощи. По красноярскому времени это произошло вечером, однако подарки от разных организаций и бизнеса начали поступать еще с утра. Никогда за всю историю этого неофициального до сего года праздника медики не получали столько внимания от общественности: футбольный клуб «Енисей» подарил кофемашину, ребяташки из детских домов – свои рисунки, сеть ресторанов «Угольки и мясо» неделю кормили шашлыками сотрудников эвакубригад, затем каждый день ком-

плексное трехразовое питание медикам предоставлял «РУСАЛ». От «Единой России» в День сотрудника скорой помощи на все подстанции привезли фрукты, депутат Государственной Думы Юрий Швыткин подарил холодильник работникам подстанции №3, от штаба ОНФ эвакубригады получили сибирский чай, предоставленный Союзом переработчиков дикоросов «Национальный Экспурс», и сладкие угощения от торгового дома «Сава», а также мед от компании «Дары Сибири».

В мае работы для специализированных эвакубригад только прибавилось. Выезжать в защитном костюме приходилось все чаще, а находиться в них – все дольше. И это в 30-градусную жару!

«Дело даже не в том, что жарко (костюм можно и терпеть), дело в том, что дышать очень тяжело, – рассказывает фельдшер Нуретдин Аскеров. – Я поднимаюсь на 5-й этаж с сумками, дышу через двойную маску, очки запотевшие. Но даже если бы не запотели, в глазах темнеет! За полтора месяца я уже приспособился к костюму: знаю, как и когда его лучше надеть. Тут нужна привычка. Но первый раз помню, как поднялся на высокий этаж и не мог дышать. Маску я при этом не снял, решил продышаться так. Взялся за стену, стоял. Отдыхался. Говорю: «Ну, теперь жалуйтесь!»

АНГИОСПАЗМ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ ПЛАНОВОГО ЧКВ. ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ



Е.С. Пузаков

АВТОРЫ

Е.С. Пузаков, Т.В. Иванова,
П.Н. Власов

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, ангиоспазм, инотропные препараты, гемодинамические параметры.

Angiospasm as the cause of acute myocardial infarction during elective PCI. Case Study

E.S. Puzakov, T.V. Ivanova, P.N. Vlasov

Clinical hospital of emergency medicine of Krasnoyarsk named after N.S. Karpovich

Key words: acute myocardial infarction, angiospasm, inotropic drugs, hemodynamic parameters.

Список сокращений:

БСК – болезни системы кровообращения

ПКА – правая коронарная артерия

ЭХО КГ – эхокардиография

ПМЖВ – передняя межжелудочковая ветвь

ЛКА – левая коронарная артерия

ДВ – диагональная ветвь

РЭД – рентгенэндоваскулярная дилатация
ЕСР – Европейский совет по реанимации
SIRS – синдром системного воспалительного ответа
СВ – сердечный выброс
СМСВ – синдром малого сердечного выброса
ОПСС – общее периферическое сосудистое сопротивление
ФВ – фракция выброса
ФУ – фракция укорочения
КСО – конечный систолический объем
КДО – конечный диастолический объем
ДЗЛА – давление заклинивания легочной артерии
ДЛАср – давление легочной артерии среднее
СДПП – среднее давление правого предсердия
ОРДСВ – острый респираторный дистресс-синдром взрослых

В большинстве экономически развитых стран в структуре причин общей смертности населения первое место занимают болезни системы кровообращения. Проблема лечения БСК и в частности проблема лечения инфаркта миокарда остается одной из самых актуальных, социально значимых и приоритетных задач российского здравоохранения. Согласно III Универсальному Определению ИМ в настоящее время выделяют пять типов инфаркта миокарда в зависимости от механизма развития заболевания [1].

Один из наименее изученных – инфаркт миокарда 2 типа, вызванный критическим снижением перфузии вследствие ишемического дисбаланса миокарда: вазоспазмом, эндотелиальной дисфункцией, метаболическими нарушениями [2].

Представляем клинический случай развития острого инфаркта миокарда, вызванного вазоспазмом, у пациента 65 лет, повторно поступившего в клинику для проведения планового ЧКВ.

Пациент поступил 15.12.19 с жалобами на дискомфорт за грудиной, чувство нехватки воздуха, выраженную одышку. На основании данных анамнеза, ЭКГ, лабораторных данных выставлен диагноз: «острый нижний Q-волновой инфаркт миокарда нижней стенки

от 15.12.19. Killip 2. Персистирующая фибрилляция предсердий. Гипертоническая болезнь III, риск 4». Учитывая локализацию инфаркта миокарда, возможное проксимальное расположение окклюзии в ПКА, в условиях реанимационного зала в правую яремную вену установлен интродьюсер. Пациент был взят в операционную ОРХМДЛ, где ему было выполнено стентирование ПКА. Анестезиологическое пособие без особенностей. Послеоперационное лечение проводилось в ОРИТ с 15.12.19 по 16.12.19. В этот период состояние стабильное, ангинозные боли не рецидивировали, проводилась коррекция водно-электролитного баланса, кислородотерапия, дезагрегантная терапия – зилт 75 мг 1 табл. утром, антикоагулянтная терапия – гепарин 5 т ед. п/к 4 р/с под контролем АЧТВ, антигипертензивная терапия – эналаприл 10 мг ½ табл. 2 р/с, антигиперлипидемическая – симва-тин 20 мг 2 табл. вечером, гастропротекция – омепразол 20 мг 1 капс. вечером, антиаритмическая терапия – амиодарон 200 мг 2 табл. 2 раза в сутки.

При стабилизации состояния пациент был переведен в отделение кардиологии, где проводилось дальнейшее лечение с 16.12.19 по 27.12.19. К терапии добавлен В-блокатор – бисопролол 10 мг ¼ табл. 1 раз в сутки, Гепарин изменен на клексан 0,4 мл п/к 1 раз в сутки. Динамика лабораторных данных закономерная: умеренный лейкоцитоз, повышение биохимических маркеров некроза миокарда (ранние: КФК-МВ; поздние: тропонин I, АСТ, ЛДГ). По ЭХОКГ: ФВ 56%, КДО 141 мл, КСО 62 мл. В течение периода госпитализации проводилось холтеровское мониторирование, регистрировался синусовый ритм, средняя ЧСС 61 уд. в мин. Зарегистрирован эпизод пароксизма фибрилляции предсердий со средней ЧСС 77 уд. в мин., диагностически значимого смещения сегмента ST не зарегистрировано, динамика в зоне инфаркта закономерная. На фоне проведенного лечения состояние стабилизировалось, ангинозный синдром не рецидивировал, АД 120/80 мм рт. ст., застойных явлений сердечной недостаточности нет. Выписан 27.12.19 в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации по терапии, образу жизни, показано стентирование ПМЖВ в плановом порядке. После выписки приступы стенокардии на уровне 2 ф. кл.

30.01.20 пациент госпитализирован для проведения планового ЧКВ. 31.01.20 взят в операционную ОРХМДЛ, ранее имплантированные стенты ПКА проходимы, ствол ЛКА не изменен, выявлен стеноз средней трети ПМЖВ 80%, стеноз в месте отхождения ДВ II 80%, стеноз средней трети ДВ II 60%, стеноз средней трети ОВ до 50%. Во время проведения вмешательства у пациента развился выраженный ангиоспазм ЛКА, вызвавший нарушение гемодинамики и потребовавший проведения кардиотонической и вазопрессорной поддержки. Учитывая острую сердечную недостаточность, препаратом выбора явился дофамин в дозе 3,5 – 4,7 мкг/кг/мин по причине невозможности достижения целевых цифр систолического АД, а также для устранения симптомов гипоперфузии тканей на фоне терапии инфузионными растворами и дофамином начата инотропная поддержка адреналином в дозе 0,09 мкг/кг/мин. Респираторно пациент был стабилен, SpO2 при инсуфляции увлажненного кислорода минимальным потоком – 100%. Выполнено РЭД стеноза ПМЖВ, стентирование, просвет артерии восстановлен, интракоронарно введен нитроглицерин, спазм частично купирован, в крайне тяжелом состоянии пациент переведен в ОРИТ для дальнейшей интенсивной терапии.

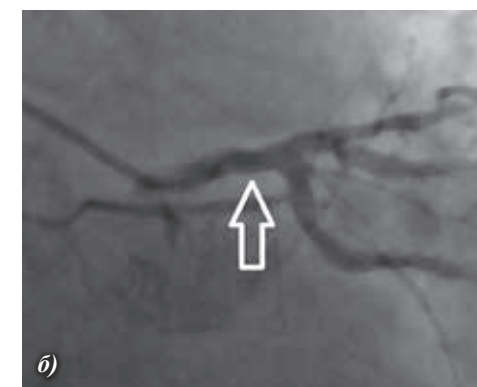
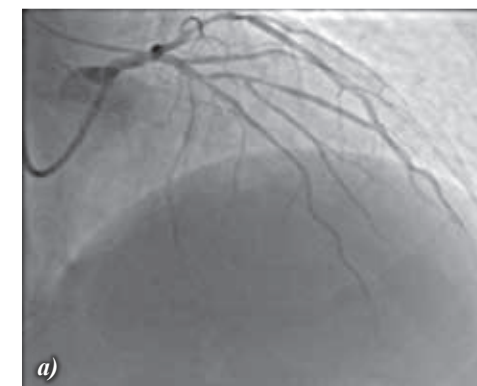


Рис 1. а) Исходная КАГ перед установкой проводникового катетера для выполнения ЧКВ на ПМЖВ, спазм ствола ЛКА не отмечается.

б) КГ после установки проводникового катетера, визуализируется гемодинамически значимый стеноз ПМЖВ в ср/3 80% в месте отхождения ДВ II.

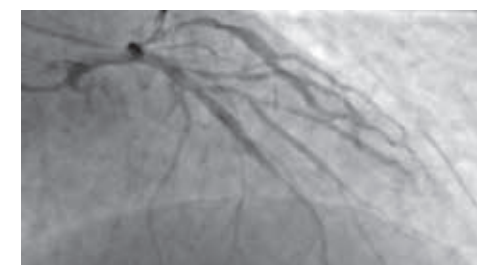


Рис 2. Контрольная КАГ с визуализацией стойкого ангиоспазма ствола ЛКА, не купируемого полностью введением нитратов интракоронарно.

После поступления в ОРИИТ явления шока продолжали нарастать с выраженными признаками острой сердечной недостаточности и кислородной задолженностью тканей, что привело к остановке сердечной деятельности. Проводился комплекс расширенной сердечно-легочной реанимации по рекомендациям ЕСР [3], включающий интубацию трахеи и перевод на ИВЛ, использование устройства для механической компрессии грудной клетки LUCAS 2 в режиме 30:2. Через 7 мин. СЛР сердечная деятельность была восстановлена, по кардиомонитору регистрировался синусовый ритм с ЧСС 80 уд. в мин. В дальнейшем проводилась комплексная терапия постгипоксической энцефалопатии барбитуратами для снижения потребности головного мозга в кислороде.

Исходные параметры вентиляции: Pressure control, ДО 560 – 680 мл, МОД 7,84 – 9,52 л/мин, P peak 18 – 21 см. вод. ст., РЕЕР 5 см. вод. ст., FiO2 90%, PS 15 см. вод. ст., ЧД 14 навязанных циклов в мин., SpO2 100%. Коррекция параметров вентиляции осуществлялась под контролем показателей КЩС артериальной крови. Величина шунта не превышала 50%, увеличение FiO2 давало значимый прирост PaO2 (таблица 1). Оценка индекса оксигенации показала наличие ОРДСВ средней степени (летальность 32%).

Выполнено ЭХОКГ, на момент осмотра ФВ – 42%, ФУ – 22%, КДО – 143 мл, КСО – 81 мл, выявлена акинезия верхушки, верхушечного сегмента перегородки, гипокинезия среднего сегмента перегородки, передней стенки.

В ранние сроки после КАГ проводился инвазивный мониторинг артериального давления, инвазивный мониторинг показателей центральной гемодинамики методом транспульмональной термодилуции (графики 1, 2). На основании мониторинга центральной гемодинамики осуществлялось изменение режима дозирования препаратов инотропной и кардиотонической поддержки.

В ОРИИТ с целью повышения ОПСС и СВ, увеличения ЧСС, МОС, улучшения АВ-проводимости, автоматизма сердца продолжалась инфузия дофамина (15,63 – 10,42 мкг/кг/мин с 31.01 по 06.02) и адреналина (с 31.01 по 09.02 в дозе 0,18 – 0,05 мкг/кг/мин), начатая в операционной. После проведенной СЛР вазопрессорная поддержка была усилена инфузией норадреналина в дозе 0,83 – 0,1 мкг/кг/мин с 31.01 по 16.02 (график 3).

График 1.



График 2.

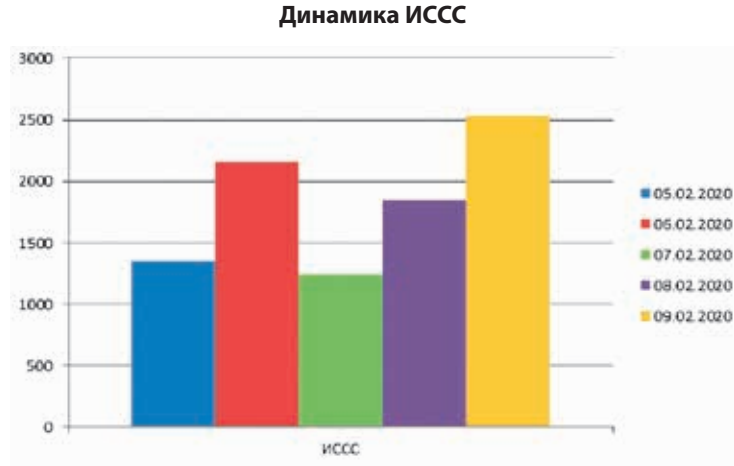


График 3.



График 4.

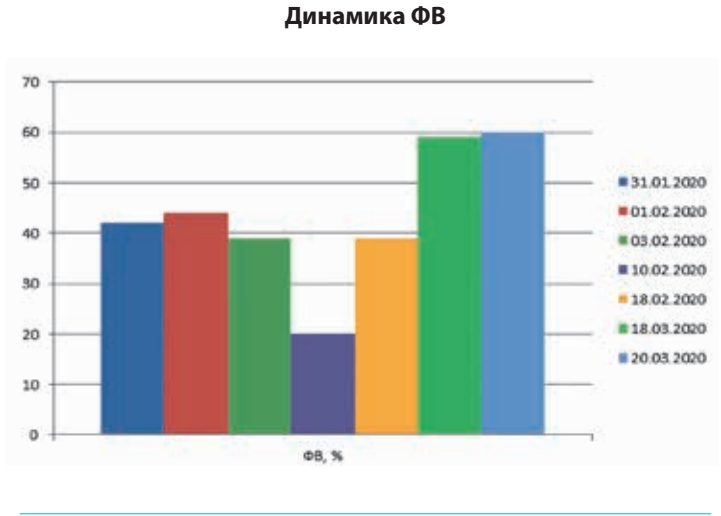


График 5.

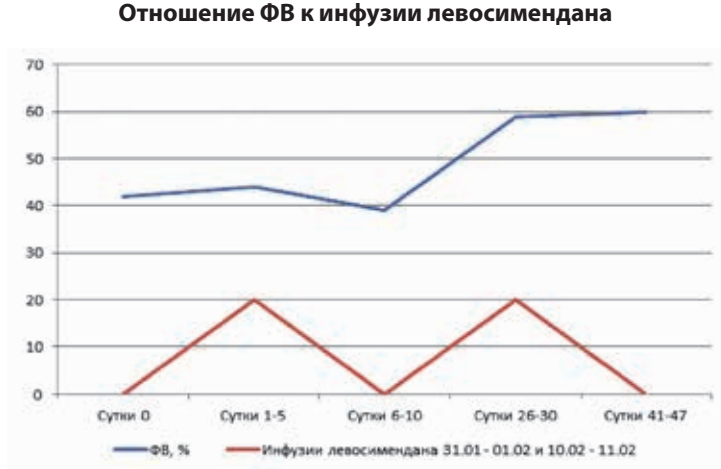


Таблица 1.

	FiO ₂	PaO ₂	Шунт	Индекс оксигенации
31.01.20	90	99	33	110
31.01.20	90	172	27	190
31.01.20	70	84	33	120
31.01.20	70	123	23	170
01.02.20	50	90	25	180
02.02.20	50	80	29	160
03.02.20	70	175	20	250
03.02.20	70	127	23	180
04.02.20	50	145	15	290
05.02.20	50	142	15	284

На фоне инфузии 3-х кардиотонических препаратов гемодинамика не компенсировалась, развився синдром малого сердечного выброса. В динамике по ЭХО КГ фракция выброса снижалась до 20% (график 4), сохранялась акинезия перегородки, передней стенки, гипокинезия задних и боковых отделов. В связи с чем обоснованным было назначение левосимендана с 31.01 по 01.02 в дозе 0,1 мкг/кг/мин ч/з ДЛВ (без нагрузочной дозы) со снижением дозы по необходимости [4].

Основные эффекты, наблюдаемые нами от его применения: увеличение СВ, УО и ЧСС, снижение ДЗЛА, ДЛАСр, СДПП и ОПСС (график 5). Влияние на гемодинамические показатели сохраняется до 7–9 дней после прекращения инфузии за счет активных метаболитов, поэтому с 10.02 по 11.02 инфузия проводилась повторно. С учетом невозможности снижения доз вазопрессоров, роста ОПСС и показателей индексов работы ЛЖ и ПЖ непродолжительное время с целью увеличения СВ, снижения давления, заполнения ЛЖ и ОПСС проводилась инфузия добутамина с 04.02 по 06.02 в дозе 3,26 – 9,77 мкг/кг/мин в интервале между инфузией левосимендана (график 3) [5].

При дообследовании на вторые сутки была диагностирована ранняя госпитальная двусторонняя пневмония тяжелого течения, которая в дальнейшем осложнилась развитием SIRS. Неоднократно в ОРИИТ пациент осматривался пульмонологом, проводился рентген-контроль каждые 2–3 дня, оценивалась тяжесть поражения легочной ткани с помощью МСКТ. Совместно с клиническим фармакологом была подобрана стартовая антибактериальная терапия, коррекция проводилась каждые 10 дней по данным бак. посева мокроты и определения чувствительности к антибиотикам. Антибиотикотерапия: с 01.02.20 по 02.02.20 Ceftriaxoni 2 gr 1 p/c; с 01.02.20 по 10.02.20 Rifampicini 300 mg 2 раза, Meropenemi 1 gr 3 раза; с 10.02.20 по 20.02.20 Bactsefort 4 gr 2 p/c; с 14.02.20 по 20.02.20 Sol. Dioxidini 0,5% – 40 мл 3 p/c; с 20.02.20 по 01.03.20 Sultasini 1,5 gr 3 p/c, Amikacyni 1 gr 1 p/c, Rifampicini 300 mg 2 p/c; с 29.02.20 по 02.03.20 Bactsefort 2 gr 2 p/c, Rifampicini 300 mg 2 p/c; с 02.03.20 по 10.03.20 Meronemi 1 gr 3 p/c. Исходя из длительности респираторной поддержки, тяжести состояния, сохраняющихся явлений шока 07.02.20 выполнена трахеостомия, деканюлирован 01.03.20, трахеостомический ход зажил вторичным натяжением.

Таблица 2.

Динамика отдельных лабораторных данных за период с 31.01.20 по 10.03.20

	Гемоглобин, г/л	Тромбоциты, /л	Лейкоциты, /л	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Тропонин Т, нг/мл
31.01.20	118	268	10,6	20,1	45	11,6	144,2	0,025 0,373 0,752
01.02.20	122	342	39,3	25,5	61,9	10,1	142,5	27,64
05.02.20	104	181	9,5	19,5	50,1	11,2	141	16,83
07.02.20	87	147	17,5	18,2	44,5	8,4	116,3	14,11
11.02.20	123	216	14,2	18,3	46,9	7,37	86,1	7,62
13.02.20	92	178	11,3	24,6	79	3,35	96,6	2,04
17.02.20	105	269	14,3	34	47,8	3,41	72,4	1,76
19.02.20	98	259	12,2	34,6	43,8	3,76	82,8	2,67
23.02.20	100	337	12,1	19,1	20,1	3,58	86,9	0,933
25.02.20	98	295	10,3	15,5	22,9	2,16	68,22	0,881
27.02.20	88	268	10,1	15,3	21,8	2,24	65,3	0,8
29.02.20	111	271	9,9	15,3	20,3	2,61	65,62	0,802
02.03.20	118	258	10,2	17,3	29,2	2,36	67,8	0,406
06.03.20	117	193	7,1	17,6	26	2,21	54,8	0,245
08.03.20	118	185	9,2	14	19,8	3,07	74	0,072
10.03.20	116	192	8,4	12,1	24,2	1,34	76,3	0,004

03.03.20 по причине нарастания правостороннего гидроторакса, отсутствия эффекта от диуретической терапии была выполнена пункция плевральной полости, эвакуировано 2 л экссудата, на контрольной рентгенографии – следы выпота в плевральных полостях.

Ежедневно проводилась регистрация ЭКГ, за период нахождения в ОРИТ наблюдались нарушения сердечного ритма и проводимости по типу: нарушение автоматизма синусового узла, трепетание и фибрилляция предсердий, эктопический предсердный ритм, проводилась медикаментозная кардиоверсия.

На фоне комбинированной терапии явления шока полностью регрессировали 16.02.20. Далее проводилась симптоматическая терапия, улучшение дренажной функции легких, активизация пациента в пределах кровати и палаты. 10.03.20 на фоне стабилизации гемодинамики, отсутствия дыхательной и почечной недостаточности пациент переведен в отделение кардиологии для дальнейшего лечения. По МКСТ легких от 26.03.20 – пневмонии нет, в плевральных полостях следы выпота. Ангинозный синдром не рецидивировал, АД 120/80 мм. рт. ст., застойных явлений сердечной недостаточности нет. По ЭХОКГ ФВ 60%, ФУ 30%, КДО 138 мл, КСО 57 мл. Пациент выписан из стационара 27.03.20.

Выводы:

1. Частота встречаемости ИМ 2 типа, по данным ряда авторов, составляет от 1,6 до 29,6% [6]. В анамнезе у таких пациентов достоверно чаще встречался ХСН, ранее перенесенный ИМ, выполненные ранее ЧКВ, курение, что соответствует анамнезу данного пациента.
2. Инвазивный мониторинг центральной гемодинамики улучшает прогноз выживаемости пациентов в критическом состоянии, дает возможность для выбора инотропного препарата, оптимизации объема инфузионной терапии.

3. Левосимендан играет значительную роль в лечении острой декомпенсированной сердечной недостаточности на фоне острого инфаркта миокарда. Эффекты от применения, наблюдаемые нами у данного пациента: СИ (2,87 – 4,45), СВ (4,82 – 9,15), УО (58,1 – 91,5), СДЛА (55 – 48), сАД (43 – 84) и ОПСС (1510 – 804), что привело к улучшению функции ЛЖ (ИРЛЖ 6,4 – 3,3), увеличению фракции выброса (20 – 60%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Третье универсальное определение инфаркта миокарда. Российский кардиологический журнал. 2013; 2(100): приложение 1.

2. Лысенко М.А., Ванюков А.Е., Потешкина Н.Г., Суворов А.Ю., Самсонова И.В., Ковалевская Е.А. Вазоспазм как причина инфаркта миокарда 2 типа. Тактика ведения пациента за рамками рекомендаций. Российский кардиологический журнал. 2017; 9(149): 93-98.

3. Soar J., Nolan J.P., Böttiger B.W., Perkinse G.D., Lott C., Carli P., Pellis T., Sandroni C., Skrifvars M.B., Smith G.B., Sunde K., Deakin C.D., on behalf of the Adult advanced life support section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation 95. 2015; 100-147.

4. Nieminen M.S., Fruhwald S., Heunks L.M.A., Suominen P.K., Gordon A.C., Kivikko M., Pollesello P. Левосимендан: клинические данные, практическое применение и перспективы. Атмосфера. Новости кардиологии. 2014; 3: 30-44.

5. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Лутай Я.М., Степура А.А., Буртяк А.М. Применение комбинации левосимендана и добутамина у больной с критическими проявлениями острой декомпенсированной сердечной недостаточности. Медицина неотложных состояний. 2011; 1-2 (32-33): 113-118.

6. Желнов В.В., Дятлов Н.В., Дворецкий Л.И. Инфаркт миокарда второго типа. Миф или реальность? Архив внутренней медицины. 2016; 2(28): 34-41.

ПРЕСЕПСИН – РАННИЙ
МАРКЕР СЕПСИСА И ТЯЖЕЛЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ



С.И. Ростовец

АВТОРЫ

С.И. Ростовец^{1,2},
А.С. Бердникова², Л.Н. Екименко²,
А.Е. Самарина², Е.Г. Бортовчук²

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

2. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность проблемы сепсиса, несмотря на достижения современной медицины в борьбе с госпитальными инфекциями, остается одной из наиболее сложных клинических проблем. Основными причинами повышенного внимания к ней являются: высокая частота возникновения сепсиса, высокая летальность и значительный экономический эффект, причиняемый этим заболеванием.

Сепсис и септический шок – одни из основных проблем здравоохранения. Ежегодно по всему миру они являются причиной смерти более миллиона людей, при этом частота летальных исходов при сепсисе остается очень высокой, достигая более чем 30% случаев и более 50% при септическом шоке.

Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генера-

лизованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую).

Септический шок – это разновидность сепсиса, которая сопровождается выраженными гемодинамическими, клеточными и метаболическими расстройствами с более высоким риском развития летального исхода (сепсис в сочетании с необходимостью использовать вазопрессоры длительно более одного часа на фоне адекватной инфузионной терапии для поддержания среднего АД ≥ 65 мм рт. ст. Вероятность наличия септического шока значительно повышается при определении уровня лактата в артериальной крови выше 2 ммоль/л).

Примерно 20–35% пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком умирают в течение 30 дней после начала его развития. Шкала прогностической стратификации критических пациентов APACHE II позволяет оценивать риск смертности при тяжелом сепсисе. Септический шок – сильный предиктор смертности как в краткосрочном, так и в долгосрочном масштабе.

Эффективная интенсивная терапия сепсиса возможна только при условии полноценной хирургической санации очага инфекции и адекватной стартовой антибактериальной терапии, а также на мероприятиях по предотвращению и устранению органной дисфункции, которые могут включать гемодиализ при почечной недостаточности, искусственную вентилиацию легких при дыхательной недостаточности, переливание компонентов крови, мероприятия по нормализации кровообращения и др.

Серьезной проблемой в лечении сепсиса является задержка начала адекватной антибиотикотерапии. Результаты многочисленных исследований показывают, что каждый час задержки начала введения адекватных антибиотиков приводит к повышению смертности на 7%.

Биомаркеры сепсиса. Различные методы идентификации микроорганизмов, связанных с развитием сепсиса (посевы биологических жидкостей), могут занимать несколько дней, что может приводить к опасной задержке проведения жизненно важных мероприятий. Для решения этой проблемы необходимы новые тесты, которые были бы способны сразу

при поступлении пациента с подозрением на сепсис давать врачу точную информацию о наличии сепсиса, его тяжести и текущем прогнозе развития. Идеальный маркер сепсиса должен также обеспечивать надежный мониторинг эффективности терапии и оперативно менять ее тактику. Традиционные маркеры сепсиса, такие как С-реактивный белок, прокальцитонин, лактат, эндотоксин и др., не отвечают вышеперечисленным требованиям. Однако недавние клинические исследования нового биомаркера, названного пресепсином, показали, что он является многообещающим ранним и прогностическим маркером сепсиса. Пресепсин (ПСП) – это белок (мол. масса 13 КДа), являющийся N-концевым фрагментом рецептора макрофагов CD14.

CD14 – белок, существующий в двух формах:

- 1) связанной с мембраной (mCD14) и присутствующей на поверхности макрофагов, моноцитов и гранулоцитов;
- 2) в растворимой (sCD14, s – soluble, растворимый), циркулирующей в кровотоке.

Механизм секреции пресепсина



mCD14 – рецептор, ответственный за трансдукцию эндотоксинового сигнала внутрь клеток. Выход mCD14 в кровоток и образование sCD14 связаны с инфекцией и с некоторыми другими патологическими состояниями. При активации бактериального фагоцитоза sCD14 и mCD14 расщепляются лизосомальными протеиназами с образованием фрагмента, исходно названного sCD14-subtype (sCD14-ST), а потом переименованного в пресепсин.

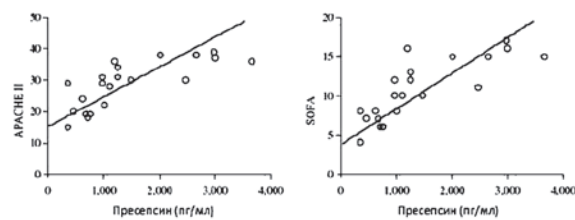
Установлено, что ПСП повышается при инфекции и специфически продуцируется при сепсисе, связанном с грамотрицательными и грамположительными бактериями, грибами. В случае вирусных инфекций ПСП не продуцируется. Концентрация ПСП отражает интенсивность фагоцитоза инфицирующих бактерий и грибов. Быстро повышается после начала инфек-

ции. Уровни при поступлении прогнозируют органо-ную недостаточность и исходы. При мониторинге – быстрое изменение концентрации, отражающее эффективность терапии.

Диагностические уровни пресепсина, пг/мл (взрослые пациенты)

Уровень ПСП, пг/мл	Клинический диагноз
< 200	Сепсис может быть исключен.
≥300	Системная инфекция (сепсис) возможна.
≥500	Умеренный риск развития системой инфекции (тяжелого сепсиса).
≥1000	Высокий риск развития системной инфекции (тяжелого сепсиса/септического шока). Высокий риск 30-дневной смертности, сравнимый с таковым при APACHE II > 25.

Связь между уровнями ПСП и показателями тяжести критических пациентов согласно шкалам APACHE II, SOFA



В многочисленных исследованиях показана положительная корреляция между повышением уровней ПСП и тяжестью септических пациентов, оцениваемой согласно шкалам APACHE II, SOFA. Более того, определение степени тяжести пациентов согласно APACHE II и одновременное измерение уровней ПСП значительно улучшает диагностику тяжелого сепсиса по сравнению с тем, как это определяется с помощью этих показателей по отдельности.

Так, для диагностики:

- 1) тяжелого сепсиса значения AUC ROC составляли: для ПСП – 0,840; для APACHE II – 0,744; для APACHE II+ПСП – 0,859;
- 2) септического шока: для ПСП – 0,790; для ПКТ – 0,768; для APACHE II – 0,820, для APACHE II+ПСП – 8,869.

Таким образом, определение тяжести критических пациентов с помощью соответствующих шкал с одновременным измерением уровней ПСП значительно улучшает стратификацию критических пациентов и с большей точностью выявляет наиболее тяжелых больных, нуждающихся в неотложном проведении более агрессивной терапии.

Отличительные характеристики пресепсина:

1. ПСП – циркулирующий белок, образуемый макрофагами при фагоцитозе инфицирующих грамположительных, грамотрицательных бактерий и грибов.
2. При большинстве вирусных инфекций и воспалениях, не связанных с инфекциями («стерильные» хирургия, травмы и ожоги и др.), не повышается.
3. При инициации сепсиса ПСП повышается через 30 мин. – 1 час после начала системной инфекции, что быстрее, чем повышение ПКТ (через 6–8 часов) и С-реактивного белка (через 12–24 часов).
4. Повышенные уровни ПСП отражают наличие фагоцитоза и степень его тяжести.
5. При хирургии, политравмах и ожогах повышение ПСП – ранний индикатор присоединения инфекции.
6. Повышенные уровни ПСП можно использовать как указание для начала антибиотикотерапии даже при отсутствии клинических симптомов тяжелого сепсиса, которые должны проявиться через 48–72 часа (гемокультуры).
7. Так же быстро повышается и при развитии тяжелых инфекций (в частности, внутрибольничной пневмонии) и тяжелых инфекционных осложнений таких патологий, как цирроз печени, тяжелый холангит, септический ДВС-синдром; инфекционный эндокардит, острый панкреонекроз, острый пиелонефрит, инфицированный ревматоидный артрит.
8. Имеет высокое прогностическое значение. Уровень при поступлении прогнозирует развитие полиорганной недостаточности и неблагоприятные исходы. Другие маркеры, применяемые для диагностики сепсиса, такими характеристиками не обладают.
9. При мониторинге снижение или повышение быстро отражают эффективность терапии, что позволяет оперативно принимать клинически обоснованные решения. Интервалы между измерениями должны зависеть от уровней при поступлении, если они высокие, следующее измерение через 6–12 часов. Интервалы дальнейших измерений должны зависеть от текущих значений дельты, если они повышаются – измерения проводятся чаще, если снижаются – реже. Отсутствие снижения ПСП при мониторинге – указание на неблагоприятный прогноз и на необходимость немедленного изменения терапии.
10. При мониторинге необходим также и мониторинг ренальной дисфункции, при ее резком падении уровни ПСП, так же, как и уровни ПКТ, могут дополнительно повышаться из-за снижения клиренса и одновременно отражать как тяжесть инфекционного воспаления, так и тяжесть ренальной патологии. Учитывая вышесказанное, можно отметить, что в ранней диагностике сепсиса и его осложнений появился новый биомаркер – пресепсин, с помощью которого возможно прогнозировать течение сепсиса и назначать в ранний период адекватную сбалансированную интенсивную терапию. В ОРИТ № 1 он активно применяется в диагностике, оценке эффективности лечения и возможного исхода сепсиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельков В.В. Пресепсин – ранний и высокоспецифичный маркер сепсиса: новые возможности. «Клинико-лабораторный консилум». 2014, 3 (50), 1-28. (Velkov, V.V., Presepsin – the early and highly specific marker of sepsis. Klinilo laboratornyi konsilium, 2014, 3(50) 1-28 Rus).
2. Zhang X, Liu D, Liu YN et al. The accuracy of presepsin (sCD14-ST) for the diagnosis of sepsis in adults: a meta-analysis. Crit Care. 2015, 19:323.
3. Chenevier-Gobeaux C, Borderie D, Weiss N et al. Presepsin (sCD14-ST), an innate immune response marker in sepsis. Clin Chim Acta. 2015 ;450:97-103.
4. Wu J, Hu L, Zhang G, Wu F, He T. Accuracy of Presepsin in Sepsis Diagnosis: A Systematic Review and Meta-Analysis PLoS One. 2015;10(7):1-15
5. Xie D, Hu K, Le P et al. Presepsin as an important diagnostic biomarker that differentiates sepsis from non-infectious SIRS in critical ill adult patients: A system review and meta-analysis. J Biosci Med, 2016, 6, 1, 1-6.
6. Arai Y, Mizugishi K, Nonomura K et al. Phagocytosis by human monocytes is required for the secretion of presepsin. J Infect Chemother. 2015;21(8):564-9
7. Demirpençe Ö, Doğan HO, Erşan S et al, Presepsin Levels of Patients with Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Jpn J Infect Dis. 2016 Nov 22;69(6):505-509.
8. Chenevier-Gobeaux C, Bardet V, Poupet H, et al. Presepsin (sCD14-ST) secretion and kinetics by peripheral blood mononuclear cells and monocytic THP-1 cell line. Clin Chim Acta. 2016,74(1):93-7
9. Ali FT, Ali MA, Elnakeeb MM, et al. Presepsin is an early monitoring biomarker for predicting clinical outcome in patients with sepsis. Clinica Chimica Acta, 2016, 460, 93–101
10. Liu Y, Hou JH, Li Q et al. Biomarkers for diagnosis of sepsis in patients with systemic inflammatory response syndrome: a systematic review and meta-analysis. Springerplus. 2016 Dec 12;5(1):2091.
11. Masson S, Caironi P, Spanuth E et al Presepsin (soluble CD14 subtype) and procalcitonin levels for mortality prediction in sepsis: data from the Albumin Italian Outcome Sepsis trial. Crit Care. 2014;18(1):R6.
12. Carpio R, Zapata J, Spanuth E, et al. Utility of presepsin (sCD14-ST) as a diagnostic and prognostic marker of sepsis in the emergency department. Clin Chim Acta. 2015 ;450:169-75
13. Yaegashi Y, Shirakawa K, Sato N et al Evaluation of a newly identified soluble CD14 subtype as a marker for sepsis. J Infect Chemother. 2005 Oct; 11(5):23
14. Endo S, Suzuki Y, Takahashi G et al Presepsin as a powerful monitoring tool for the prognosis and treatment of sepsis: A multicenter prospective study. J Infect Chemother. 2014;20(1):30-4
15. Takahashi G, Shibata S, Ishikawa H et al. Presepsin in the prognosis of infectious diseases and diagnosis of infectious disseminated intravascular coagulation: A prospective, multicentre, observational study. Eur J Anaesthesiol. 2015 Mar;32(3):199-206
16. Yu H, Qi Z, Hang C et al. .Evaluating the value of dynamic procalcitonin and presepsin measurement for patients with severe sepsis. Am J Emerg Med. 2017, Jan 22.
17. Novelli G, Morabito V, Ferretti G et al., Pathfast Presepsin Assay for Early Diagnosis of Bacterial Infections in Surgical Patients: Preliminary Study. Transplant Proc. 2013;45(7):2750-3
18. Cakir Madenci O et al. Evaluation of soluble CD14 subtype (presepsin) in burn sepsis. Burns.2014;40(4):664-9
19. Головина Е.Г., Сотников А.В., Байкова В.Н. и др. Оценка прогностической значимости маркеров воспаления у детей с онкопатологией. Онкопедиатрия. 2016;3(4):292–296. (Golovnya EG, Sotnikov AV., Baykova VN et al. Evaluation of Prognostic Value of Inflammatory Markers in Children with Cancers. Onkopediatria. 2016;3(4):292–296..Rus.)
20. Yoshikazu Okamura, Ralf Thomae, R&D Department, Research and Development Division, Mitsubishi Chemical Medience Corporation, Japan

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА



Р.Ю. Чикинев

АВТОРЫ

Р.Ю. Чикинев, В.Ю. Толстихин,
А.Л. Кузнецов, С.В. Кулагин,
А.Р. Дзгоев

КГБУЗ «КМКБСМП им Н.С. Карповича»

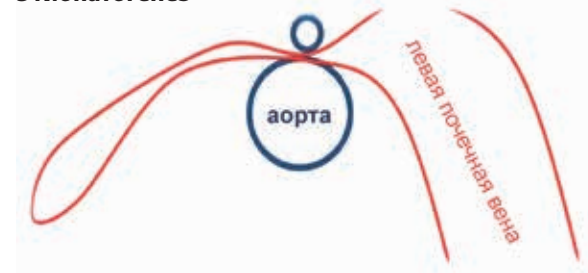
Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) – заболевание тазовых вен, связанное с нарушением ангиоархитектоники венозных коллекторов с застоем венозной крови в малом тазу. Характеризуется клапанной недостаточностью, расширением яичниковых вен, а также внутритазовых венозных сплетений.

В литературе варикозное расширение вен малого таза также обозначается терминами «синдром тазового венозного полнокровия», «варикоцеле у женщин», «синдром хронических тазовых болей». Эту патологию рассматривают как одну из форм проявления варикозной болезни, все чаще ее называют одной из основных причин хронической тазовой боли, определяемой как нециклические боли в малом тазу, которые сохраняются более 6 месяцев.

По данным западных авторов, хроническая тазовая боль – одна из наиболее часто встречаемых жалоб

наряду с одышкой и мигренью. Распространенность варикозного расширения вен малого таза увеличивается пропорционально возрасту: от 19,4% у девушек младше 17 лет до 80% у женщин в перименопаузе. В США этим недугом страдали 15% женщин от 18 до 50 лет, при этом у 60% этих пациенток причина болевого синдрома оставалась невыясненной. Наиболее часто патология тазовых вен диагностируется в репродуктивном периоде у пациенток в возрастной группе от 25 до 45 лет. В подавляющем большинстве случаев (80%) варикозная трансформация затрагивает яичниковые вены и крайне редко (1%) наблюдается в венах широкой связки матки. Согласно современным медицинским подходам лечение ВРВМТ должно осуществляться не столько с позиций гинекологии, сколько с позиций флебологии.

Этиопатогенез



Общие причины

– Клапанная недостаточность, венозная обструкция и гормональные изменения.

– У 50% пациенток варикозная болезнь имеет генетическую природу. FOXC2 стал одним из первых выявленных генов, играющих ключевую роль в развитии ВБВТ.

– Системные дисплазии соединительной ткани, влияющие в том числе на компоненты венозной стенки.

– Высокая корреляция с гормональными колебаниями в организме, особенно во время беременности (изменения гормонального фона и механическая обструкция путей оттока увеличенной маткой).

Анатомические причины

– Вертикальный рефлюкс по яичниковым венам сопровождается варикозной трансформацией гроздевидных венозных сплетений.

– Расширение гонадных вен приводит к развитию синдрома тазового венозного полнокровия.

– В основном 2 группы: синдром несостоятельности системы левой яичниковой вены (в том числе синдром Щелкунчика) и несостоятельность оттока из нижних конечностей на высоком уровне, наиболее часто в виде синдрома Мэя – Тернера.

– Сдавление левой общей подвздошной вены артерией также служит одним из этиологических факторов варикозной трансформации вен таза. Встречается не более чем в 3% случаев, обнаруживается чаще у женщин.

– При расположении левой почечной вены между верхней брыжеечной артерией кпереди и аортой сзади возможно появление Nutcracker syndrome – синдрома Щелкунчика, который характеризуется компрессией левой почечной вены артериальными стволами, что, в свою очередь, ведет к нарушенному оттоку и венозному полнокровию в бассейне левой яичниковой вены.

Классификация

По клиническим проявлениям:

– СТВП.
– Варикоз наружных половых органов (вульварный и промежностный варикоз).

По течению:

– Болевая форма.
– Безболевая форма.
– Латентная форма (асимптомная).

По распространенности поражения тазовых вен:

– Изолированное расширение тазовых венозных сплетений.
– Сочетанное расширение гонадных вен и тазовых венозных сплетений.
– Одностороннее или двустороннее расширение гонадных вен.
– Расширение ствола или притоков внутренних подвздошных вен.

По диаметру:

– 1 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр до 0,5 см и извитой ход; поражение может затрагивать любое из венозных сплетений малого таза.
– 2 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр 0,6–1 см; поражение может носить тотальный характер или затрагивать яичниковое сплетение, или параметральные вены, или аркуатные вены миометрия.
– 3 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр более 1 см при варикозе тотального типа или магистрального типа (параметральная локализация).

Клинические проявления

Основу клинической картины вульварного и промежностного варикоза составляет видимое глазом

расширение венозных сосудов в данной области. Субъективные жалобы могут включать ощущения зуда, дискомфорта, тяжести и распирающих болей в области наружных гениталий. При осмотре может выявляться отек половых губ. Возможно присоединение спонтанного или посттравматического кровотечения, чаще спровоцированного половым актом или родами. Ввиду истончения венозной стенки и высокого давления в варикозных венах остановка такого кровотока сопряжена с определенными трудностями.

Еще одним осложнением варикоза данной локализации может стать острый тромбофлебит вен промежности. В этом случае возникают интенсивные боли, гиперемия и отек кожи промежности. Пораженные варикозом вены становятся плотными и болезненными на ощупь. Развивается гипертермический синдром – повышение температуры тела до 37,5–38,0 °С.



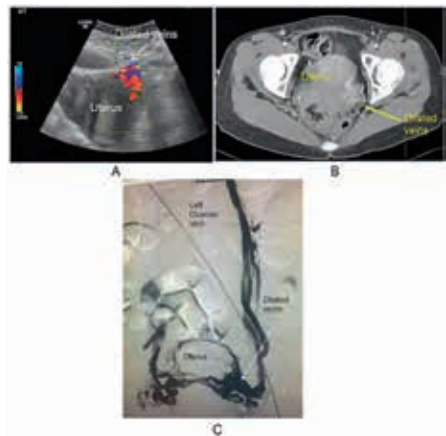
Другая форма варикозного расширения вен малого таза – синдром венозного полнокровия – может давать полиморфную клиническую картину, в связи с чем часто принимается за воспалительную гинекологическую патологию, колит, цистит, пояснично-крестцовый радикулит и др. Наиболее постоянный признак – боли в нижней части живота, имеющие различную интенсивность, характер и иррадиацию.

Чаще пациентки описывают свои ощущения как ноющие боли, отдающие в пояснично-крестцовую область, пах или промежность. Почти половина женщин с варикозным расширением вен малого таза отмечает усиление болевого синдрома во вторую фазу менструального цикла. Зачастую боли провоцируются половым актом, длительным сидением или стоянием, физической нагрузкой. Для синдрома венозного полнокровия малого таза типично наличие выраженного предменструального синдрома, альгодисменореи, диспареунии, дизурических расстройств.

Осложнения

– Тромбоз гонадных вен и внутритазовых венозных сплетений – осложнение, которое возникает чаще всего в период беременности или после родов, реже после хирургических вмешательств.

наука и практика



– Тромбоз яичниковых вен – редкая патология, проявляющаяся острыми болями в животе. Имитирует клинику «острого живота». Овариальный тромбоз возникает во время родов или в первые семь дней после них, с частотой 1/600 и 1/2000 случаев соответственно. В 80% случаев происходит тромбоз правой яичниковой вены. Частота эмболии легочной артерии на фоне тромбоза яичниковых вен колеблется в пределах 0,15–0,33% со смертельными исходами до 4% у пациенток с тромбозом легочных артерий.

Инструментальные методы диагностики

Ультразвуковое ангиосканирование позволяет оценить диаметр вен, ЛСК и первичную причину варикоза – клапанная несостоятельность или механическая обструкция. Трансвагинально оценивают вены параметрии, гроздевидных сплетений, маточные вены. Трансабдоминально исследуют нижнюю полую вену, подвздошные вены, левую почечную вену и яичниковые вены с целью исключения тромботических масс и экстравазальной компрессии (чувствительность и специфичность данного метода составляет 78 и 100% соответственно).

Основными диагностическими критериями для диагностики ВРВМТ являются:

- Извилистые тазовые вены диаметром более 6 мм.
- Средний диаметр группы PCS составляет около 8 мм.
- Медленный линейный кровоток (около 3 см/сек) или обратный ретроградный кровоток.

- Расширенные дугообразные вены в миометрии, которые связываются между двусторонними варикозными венами таза.
- Сонографические проявления поликистозных изменений яичников.

Магнитно-резонансная томография и мультиспиральная компьютерная ангиография позволяют выявить анатомические особенности строения и расширение тазовых вен, органную патологию, оценить состояние подвздошных, почечных, яичниковых вен, выявить аорто-мезентериальную компрессию, компрессию левой подвздошной вены, аномально высокое расположение левой почечной вены, аномально низкое отхождение либо нетипичное ветвление верхней брыжеечной артерии. Чувствительность и специфичность данных методов диагностики составляет 91,7 и 88,9% соответственно

К сожалению, и МРТ, и КТ могут недооценивать патологию тазовых вен, так как визуализация выполняется в положении лежа, и варикозное расширение вен яичников и тазовых органов может быть не визуализировано, учитывая особенности гемодинамики (при малом диаметре варикозно расширенных коллекторов).

Тазовая флебография с селективной двусторонней рентгеноконтрастной овариографией. Эта техника была впервые описана Тавернье и Ланге в 1965 году. С ее помощью можно выявить анатомические варианты строения яичниковых вен, определить диаметры гонадных и тазовых вен. Ретроградное контрастирование гонадных вен на высоте пробы Вальсальвы служит патогномичным ангиографическим признаком их клапанной недостаточности с визуализацией резкого расширения и извитости соответственно. Флебография – наиболее точный метод выявления синдрома Мэя – Тернера, постстромбофлебитических изменений подвздошных и нижней полых вен.

Наличие одного или нескольких из ангиографических признаков наводит на мысль о наличии ВРВМТ:

- Диаметр яичниковой вены более 10 мм.
- Венозное уплотнение матки.
- Застой в яичниковом сплетении.
- Заполнение тазовых вен по средней линии и/или заполнение вульвовагинальных и бедренных вен.

Лечение

Комплексное, направленное на устранение патоэтиологических факторов возникновения варикозного расширения вен малого таза, а также сопутствующие гинекологические заболевания (командный подход ангиохирурга, флеболога, гинеколога).

По данным КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», ведущей причиной ВРВМТ является несостоятельность клапанного аппарата левых гонадных вен, также нередко встречается несостоятельность клапанного аппарата внутренних подвздошных вен.

Пациентки с верифицированным наличием ВРВМТ поступают для диагностической флебографии с одномоментной коррекцией несостоятельности путей оттока из вен малого таза.

Большая часть предполагаемых пациентов с синдромом Мэя – Тернера при проведении инвазивной флебографии не подтверждаются, как и пациенты с синдромом Nutcracker (Щелкунчика).

наука и практика

В отделении РХМДЛ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» техникой выбора является эндоваскулярная эмболизация с использованием микроспиралей. Технику foam-form (микропенная техника) используют как вспомогательный метод РЭО. Данный подход обусловлен анатомическими особенностями сосудистых коллекторов расширенных вен малого таза:

- Большой диаметр сосудов.
- Вариабельность давления венозных коллекторов.

Эти факторы характеризуются высоким риском смыва эмболизата при использовании изолированной микропенной техники, что ведет к высокому риску рецидивов в дальнейшем. В отличие от эмболизации микропенной техникой при варикоцеле.

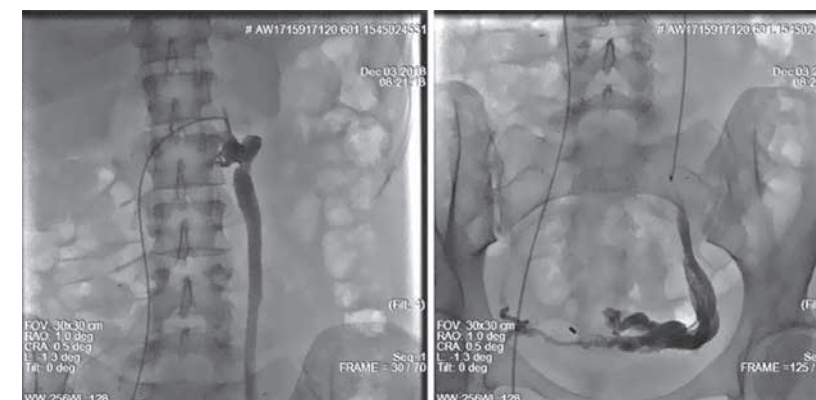
Методика эндоваскулярного вмешательства

- Правый трансфеморальный доступ, интродьюсер 5F.
- Флебография гонадных вен с обеих сторон.
- Флебография общих подвздошных вен для исключения синдрома Мэя – Тернера.
- Селективная флебография внутренних подвздошных вен при варикозе промежности.



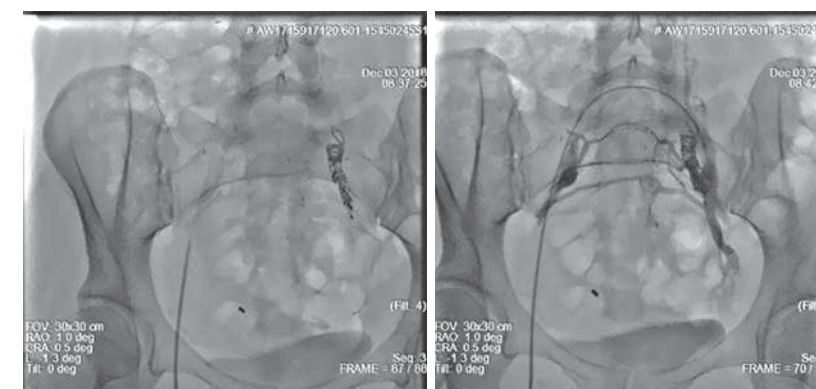
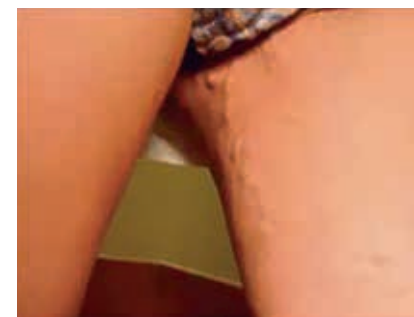
- После обнаружения несостоятельного пути оттока – РЭО.
- Гонадные вены блокируются комбинированной методикой (спирали и этоксисклерол foam-form).
- При несостоятельности внутренних подвздошных вен эмболизация производится ситуационно, в зависимости от диаметра вен и ЛСК, чаще этоксисклеролом.

Клинический случай 1



Выраженная несостоятельность клапана яичниковой вены слева

Расширенные вены таза



Эмболизация микроспиралью

Расширение крестцового сплетения отсутствует

Клинический случай 2



Вена несостоятельна в ср3
видно разрушенный клапан

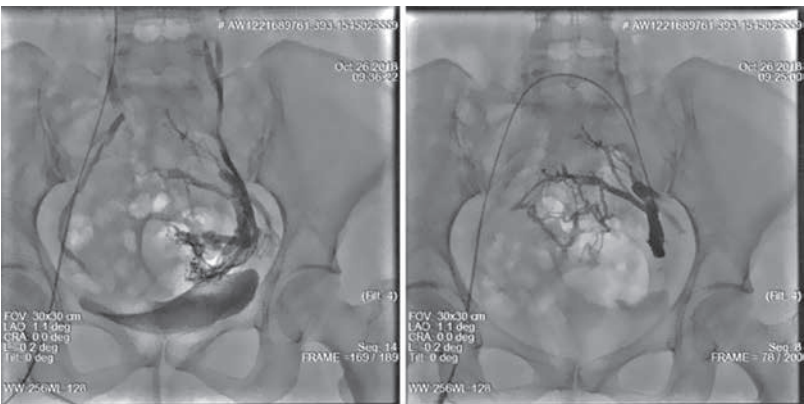
Расширенные вены таза



Эмболизация спиральями и
клеем

Нормальные вены крестцового
сплетения в венах таза стоп кон-
траст после эмболизации

Клинический случай 3



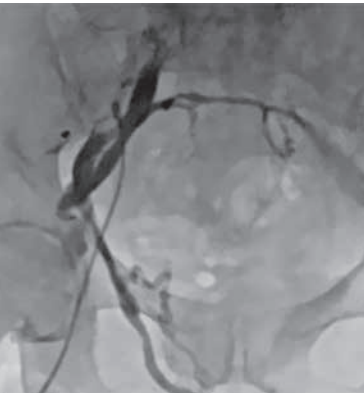
Несостоятельность вены без
значительного расширения
вен таза

Эмболизация клеем, иных
источников сброса в малый таз не
выявлено

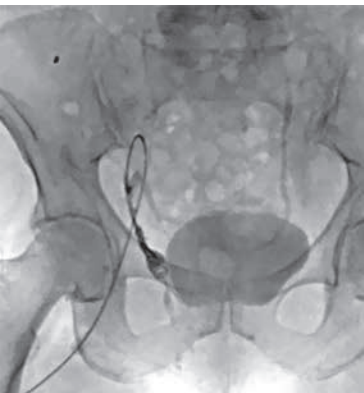
Клинический случай 4



Стенозов подвздошных вен не
выявлено



Визуализируется несостоятель-
ность варикознорасширенных
вен промежности



Выполнена эмболизация.
Сброса по венам нет

Заключение

– Развитие и тиражирование инстру-
ментальных методов, применяемых
рутинно в протоколе обследования
пациенток с синдромом хронической
тазовой боли, учащает выявление
варикозных изменений в коллекторах
малого таза.

– Эндоваскулярная эмболизация/
стентирование отвечает критериям,
предъявляемым к методу «золотого
стандарта» в лечении данной пато-
логии: безопасность, эффективность,
доступность.

– Предметному обследованию и
поиску ВБВТ необходимо подвер-
гать всех пациенток с генитальной
патологией, у которых этиопатогне-
зическое лечение не приводит к
резольюции тазовых болей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mathias S., Kuppermann M., Liberman R., Lipschutz R., Steege J. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87(3): 321–327, [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00458-0](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00458-0).
2. Peters AAW, van Dorst E, Jellis B, van Zuuren E, Hermans J, Trimbos IB. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1991; 77:740–4.
3. Meneses L, Fava M, Díaz P, Andía M, Tejos C, Irarrazaval P, et al. Embolization of incompetent pelvic veins for the treatment of recurrent varicose veins in lower limbs and pelvic congestion syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2013; 36 (1): 128–32.
4. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. *International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. J Vasc Surg* 1995; 21 (4): 635–45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7707568>. (Accessed April 18, 2018).
5. Beard RW, Highman JH, Pearce S, et al. (1984) Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet* II:946–949 17.
6. Park SJ, Lim JW, Ko YT, Lee DH, Yoon Y, Oh JH, Lee HK, Huh CY (2004) Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR Am J Roentgenol* 182:683–688
7. Coakley FV, Varghese SL, Hricak H (1999) CT and MRI of pelvic varices in women. *J Comput Assist Tomogr* 23:429–434.
8. Tavernier J, Lange D (1965) La phle'bographie ute'ro-ovarienne gauche. *Press Med* 73:863–866.
9. Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N (1965) Circumference of right gonadal vein: an anatomical and statistical study. *Acta Radiol* 3:503–512
10. Tavernier J, Lange D (1965) La phle'bographie ute'ro-ovarienne gauche. *Press Med* 73:863–866.
11. Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N (1965) Circumference of right gonadal vein: an anatomical and statistical study. *Acta Radiol* 3:503–512 23.
12. Edlundh KO (1964) Pelvic varicosities in women. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 43:399–407
13. Edlundh KO (1964) Pelvic varicosities in women. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 43:399–407.
14. Rundqvist E, Sandholm LE, Larsson G (1984) Treatment of pelvic varicosities causing lower abdominal pain with extraperitoneal resection of the left ovarian vein. *Ann Chir Gynaecol* 73:339–341.
15. Takeuchi K, Mochizuki M, Kitagaki S (1996) Laparoscopic varicocele ligation for pelvic congestion syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 55:177–178.
16. Swanton A, Reginald P (2004) Medical management of chronic pelvic pain: the evidence. *Rev Gynaecol Pract* 4:65–70

ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

АВТОРЫ

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

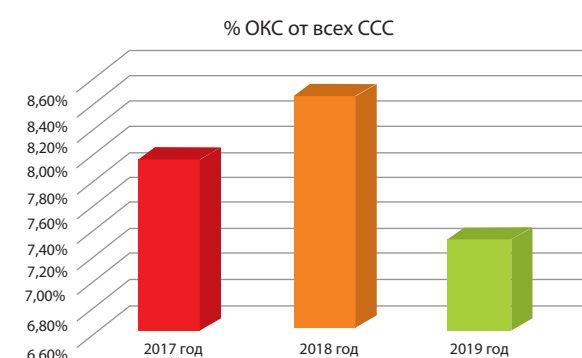
КГБУЗ «КССМП»

Болезни системы кровообращения являются одной из самых крупных значимых нозологических групп как в России, так и во всем мире. К настоящему времени эти недуги прочно удерживают второе место в структуре общей заболеваемости в Российской Федерации. Современное и эффективное лечение большинства видов БСК является не только социально значимой задачей, но и входит в перечень дорогостоящих высокотехнологических видов медицинской помощи. Смертность от болезней системы кровообращения находится на первом месте в России и составляет более 40% от всех смертей. В 2019 году смертность от данных болезней составила 633 случая на 100 тысяч населения.

На этапе скорой медицинской помощи в Красноярске на болезни системы кровообращения приходится около 22,3% от всех вызовов. Ежедневно около 25 человек обращаются за скорой медицинской помощью с различными нарушениями работы системы кровообращения, при этом у одного-двух пациентов будет диагностирован острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. В период с 2017 по 2018 год процент пациентов с острым коронарным синдромом относительно всех сердечно-сосудистых заболеваний остается на уровне 7–9.

Приведенные статистические данные говорят о приоритете направления повышения квалификации специалистов посредством проведения лекций, семинаров, непрерывного медицинского образования по диагностике, тактике лечения пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы.

Рис. 1.



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

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST составляет порядка 8–9% от всех вызовов скорой медицинской помощи по поводу острого коронарного синдрома в Красноярске.

Рис. 2.

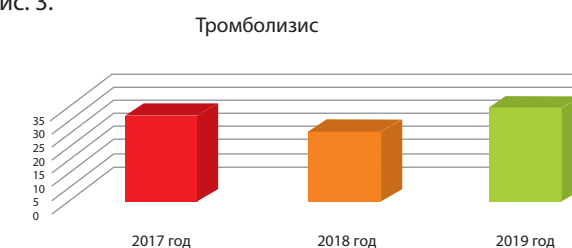


Данное состояние требует быстрого и правильного лечения. Существуют два метода реперфузии миокарда: тромболитическая терапия и ангиопластика с последующим стентированием коронарных артерий. Эти методы на сегодняшний день не являются взаимоисключающими и могут дополнять друг друга. Фармакологическая реперфузия – использование тромболитических препаратов – наиболее простой и быстрый способ восстановления кровотока при инфаркте миокарда. Дополнительную ценность методу придает возможность использования на догоспитальном этапе.

На Красноярской станции скорой медицинской помощи активно используется метод тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST. В качестве препарата выбора врачи используют «Метализе» (тенектеплаза). Это препарат для тромболитической терапии. Фибринолитик, рекомбинантный активатор плазминогена, генетически модифицированный.

С 2017 по 2019 год отмечается увеличение количества проведенных догоспитальных тромболизисов врачами скорой медицинской помощи Красноярска, что, в свою очередь говорит о повышении качества и доступности медицинской помощи населению.

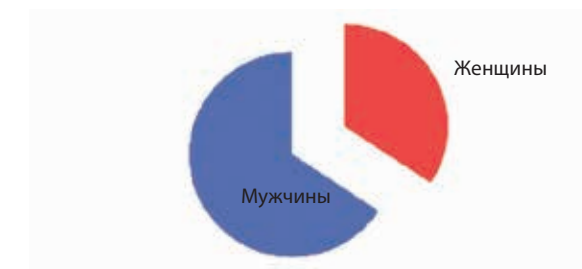
Рис. 3.



Также стоит отметить, что практически две трети пациентов, которым проведен догоспитальный тромболизис, – мужчины, средний возраст которых 57 лет. Средний возраст женщин, которым проведен догоспитальный тромболизис, – 69 лет.

Рис. 4.

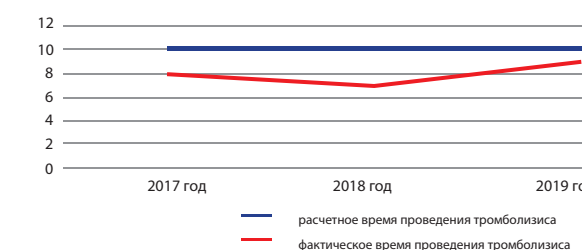
Догоспитальный тромболизис



Среднее время от момента начала болевого синдрома до вызова бригады скорой медицинской помощи составляет 1 час 39 минут в 2019 году, 56 минут в 2018 году и 1 час 12 минут в 2017-м. Увеличение времени обращения за скорой медицинской помощью от начала болевого синдрома повышает риски развития осложнений и влияет на исход заболевания в целом. Однако время постановки диагноза специализированной бригадой скорой медицинской помощи стабильно не превышает двух минут от момента первого контакта с пациентом медицинского работника.

Рис. 5.

Время от постановки диагноза до начала тромболитической терапии



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

Соблюдение временных показателей у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на этапе скорой медицинской помощи является крайне важным критерием качества работы специалистов. А также своевременность оказанной помощи и максимально быстрая доставка пациента на следующий этап оказания медицинской помощи непосредственно влияет на прогноз течения и исход заболевания. Следует продолжать активную работу по соблюдению временных показателей оказания скорой медицинской помощи, информационно-просветительскую работу среди населения о необходимости скорейшего обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов развития сердечно-сосудистой патологии.

от всей души

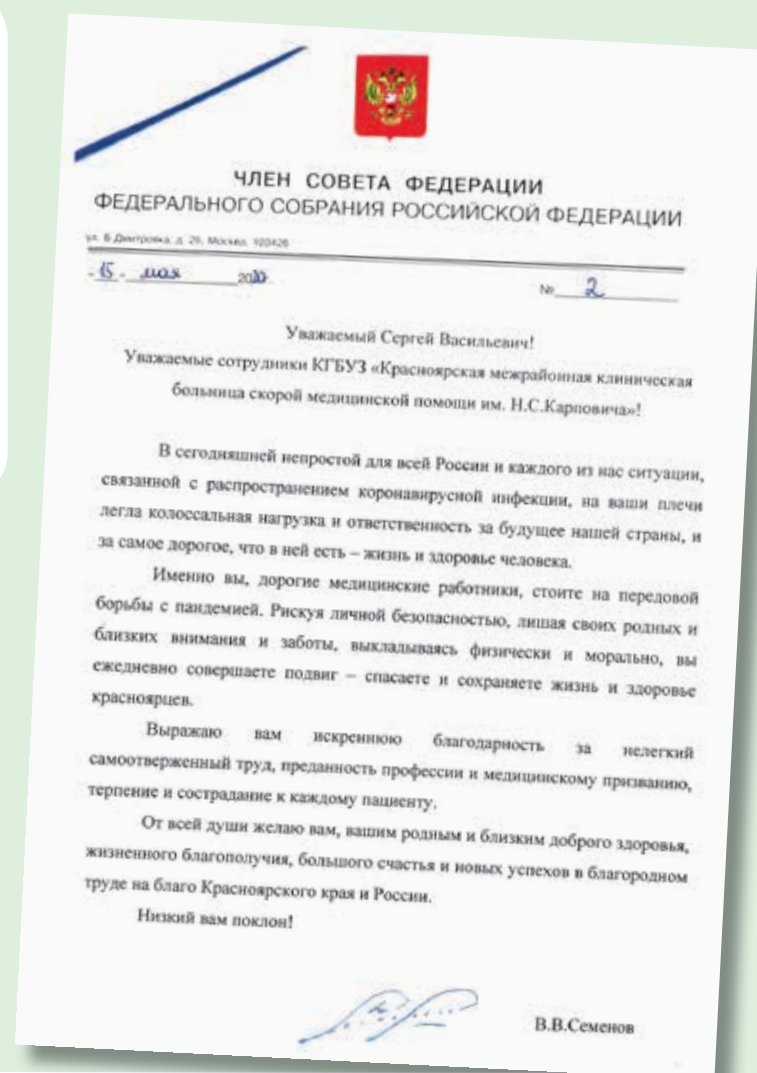
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ



«Мой отец Владимир Борисович Р. находился на лечении в вашей больнице до 28.02.2020 г., в урологическом отделении. Хочу выразить благодарность за человеческое отношение, уважение, объективность, желание помочь, чуткость и старание вылечить». Такое обращение поступило в администрацию больницы от дочери пациента в адрес всего коллектива отделения и непосредственно докторам Капкану Александру Васильевичу, доценту Суховерхову Андрею Олеговичу и нашему юбиляру – заведующему отделением урологии Окладникову Алексею Юльевичу.

Здравствуй всем.
Не один раз был госпитализирован в эндокринологию БСМП. Хочу выразить благодарность персоналу и лично заведующей отделением Елене Владимировне. Забота и забота о людях. Спасибо!

Олег П.



На сайте министерства здравоохранения Красноярского края в адрес коллектива самого молодого отделения больницы – отделения медицинской реабилитации – свой отзыв оставил пациент, прошедший длительное лечение и реабилитацию.

«Выражаю огромную благодарность всему медицинскому коллективу отделения медицинской реабилитации КМКБСМП им. Н.С. Карповича!!! Спасибо за ваш нелегкий труд, внимание и усилия, приложенные по максимуму для моего выздоровления!!! С помощью этих замечательных людей мне удалось встать на ноги и начать разговаривать после серьезнейшей травмы. Весь персонал отделения – очень отзывчивые и прекрасные люди, специалисты своего дела, внимательно и с ответственностью подходят ко всем вопросам, прилагают максимум усилий для реабилитации и лечения! Говорю спасибо от всего сердца своему лечащему врачу Шевцову Евгению Павловичу, заведующему отделением Арутюнян Артему Гагиковичу, тренеру-массажисту Юрию Леонтьевичу, кастелянше Марине, старшей медсестре, логопеду Елене Максимовне, психологу (к сожалению, не помню имени), всем врачам, медсестрам и санитарам!!! Мира вам и добра, процветания вашему отделению и успехов в вашем нелегком и благородном деле!!! Ко всем моим словам присоединяются мои родители Р. Николай и Наталья!

С уважением, Владислав Р.»

от всей души



На сайте министерства здравоохранения Красноярского края Татьяна Ивановна поблагодарила медицинских работников, которые помогли ее сестре Валентине Ивановне. «Она в прошлом учитель русского языка, сейчас пенсионерка. Примерно 20 лет назад у нее начала болеть спина, а лет семь назад проявилась болезнь Паркинсона. Периодически лечилась амбулаторно, в дневном стационаре, неврологи в поликлинике советовали лечить депрессию и основную болезнь, а этой осенью недуг так обострился, грыжа в позвоночнике, что она не могла встать на ноги. Вызывали скорую помощь два раза, но нам говорили, что не повезут никуда, так как не возьмут в стационар. И вот в этот момент нам помогают неравнодушные медицинские работники, в частности, нейрохирург БСМП Гуляев Владимир Юрьевич. Они подняли мою сестру на ноги. Очень хочется всех поблагодарить, а еще хочется, чтобы и в министерстве знали, что у нас в городе есть медицинские работники с горячим сердцем, золотыми руками и чуткие к боли пациентов!»



На сайт министерства здравоохранения Красноярского края поступило обращение со словами благодарности к докторам нашего города разных медицинских учреждений. В их числе заведующий гинекологическим отделением КМКБСМП Ермошкин Олег Александрович. Пациентка благодарит нашего доктора за своевременную помощь, отзывчивость и профессионализм. Благодаря правильной диагностике и оперативным решениям удалось своевременно направить пациентку на ВМП в Москву. Анастасия пишет: «Для меня операция в Москве, еще и по квоте, – это было что-то за гранью реального. Но я убедилась, что наша медицина работает, есть врачи от Бога, настоящие, сердечные профессионалы!»

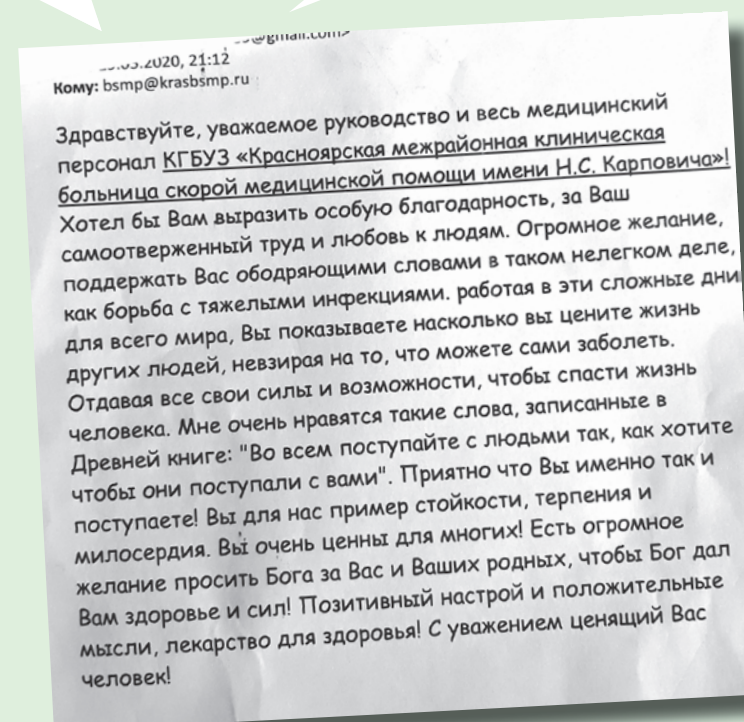
Хочу искренне поблагодарить врача-уролога приемного отделения Похлебаева Николая Викторовича (принимал 20.01.20). Спасибо Вам огромное! У меня теперь все в порядке благодаря вашему рекомендациям. И хочу отметить вполне достойную работу приемного отделения вашей больницы. Я приятно поражена чистотой и порядком в самом отделении, а также профессиональным отношением врачей к пациентам.

Мария.



Хочу выразить благодарность анестезиологу Дешкович Алене Владимировне! Спасибо за ее труд! Я очень боялась наркоза, что будет больно и я все услышу! А эта чудесная девушка уверила меня, что все будет хорошо и мне не о чем беспокоиться! И именно так все и было, я ничего не почувствовала! Проснулась – и все! Спасибо еще раз за ваш труд! Не думала, что такая молодая девушка может оказаться таким хорошим доктором! Побольше бы таких специалистов!

Наталья.



от всей души

О ГЕРОЯХ БЫЛЫХ ВРЕМЕН



АВТОР

А.О. Бабушкин

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

День Победы! Он отделился от нас уже на целых 75 лет. Убежден, что этот день Великой Победы советского народа над нацистским мракобесием навечно станет нашим главным национальным праздником. «От героев былых времен не осталось порой имен...» Как не хочется соглашаться с этим утверждением, а быть может, просто с этим поэтическим приемом, этой трогательной и душевной песней из кинофильма «Офицеры» – настоящего гимна, восславляющего Героев Великой Отечественной.

И вновь передо мной фотографии наших ветеранов войны, с которыми начинал работать. Тогда они были еще достаточно бодры и весьма немногословны в воспоминаниях своего участия в той жестокой битве за свободу Отчизны. Помнится, как сложно было убедить Николая Семеновича Карповича написать



свои несколько строк в этой анкете ветерана Великой Отечественной. Невероятно рад тому, что тогда, в начале 80-х, мне удалось собрать у своих старших коллег-ветеранов хоть несколько скупых воспоминаний о пережитом в той страшной войне. Каждый год 9 мая праздничная площадь заполняется все более многочисленным потоком Бессмертного полка с безмолвными образами ушедших. В их лицах читается назидательный упрек: «Помните!»

Давайте же вспомним эпизоды главного праздника Мая, фотофрагменты истории нашей больницы.

1982 год

Конкурс на соискание «Лучшая медсестра БСМП»



1985 год



1992 год



1995 год



2006 год



2012 год



Май 1982 года. Н.С. Карпович



от всей души



Н.С. Карпович



Е.Ф. Лаврова



Н.А. Белова



А.Г. Безрукова



И.А. Озерянский



М.Е. Лукьяненко



Н.И. Миронов



А.Н. Юхин

от всей души



Н.А. Вострякова



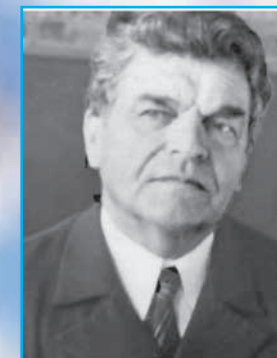
В.Я. Сенкевич



Н.И. Коняшкина



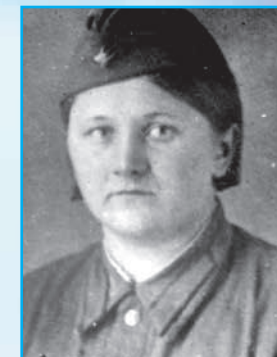
А.И. Буткевич



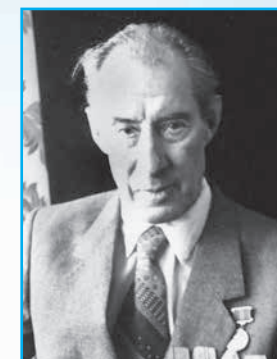
Ф.И. Герасимов



М.А. Басина



К.Г. Андреева



Г.Г. Абрамович

Это лишь 16 человек из 27 участников Бессмертного полка БСМП, которые трудились в коллективе больницы в разные годы. Они продолжают свой безмолвный марш победителей, марш в нашей памяти. И лишь одно я слышу в их пронзительном молчаливом возгласе: «Помните и цените то, что мы сделали»...

золотой фонд

НА ПЕРЕДОВОЙ! В КРАСНОЙ ЗОНЕ!



золотой фонд





МЕДТЕХНИКА
поставка и сервис



**ПОЗДРАВЛЯЕМ
С ДНЕМ МЕДИЦИНСКОГО
РАБОТНИКА!**