



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

№ 14 декабрь 2020



Сергей Васильевич Гребенников:

«БСМП — это высокопрофессиональный коллектив, где каждый вкладывается в общую цель и задачу»

Стр. 12



Изучение гуморального иммунного ответа при COVID-19 у медицинских работников

Стр. 20



Влияние регионарной анестезии на послеоперационные осложнения и длительность госпитализации при переломах верхней конечности у больных пожилого и старческого возраста

Стр. 22



Новые подходы к лечению и профилактике спастичности у больных в остром периоде очаговых поражений головного мозга с использованием ботулинического токсина типа А

Стр. 30



Им ничего не хочется — в своей статье психолог А. В. Ланденек делится опытом общения с пациентами, находящимися на лечении в «красной зоне» инфекционного госпиталя больницы

Стр. 38



МЕДТЕХНИКА
поставка и сервис

В настоящее время Красноярское предприятие АО «Медтехника» входит в число крупнейших поставщиков оборудования для учреждений здравоохранения региона. Длительные партнерские отношения с ведущими отечественными и мировыми производителями медтехники позволяют обеспечивать оптимальные условия поставки и сервисного обслуживания. Предприятие располагает тремя филиалами и двадцатью пятью пунктами технического обслуживания, расположенными в городах Красноярского края.

20 направлений медицины

В интернет-каталоге АО «МЕДТЕХНИКА» представлен спектр медицинского оборудования по 20 отраслевым направлениям.

25 000 единиц медтехники

Более 25 000 единиц медтехники ежегодно обслуживается специалистами АО «МЕДТЕХНИКА».

1000 клиентов в год

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



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМАНДА СОТРУДНИКОВ

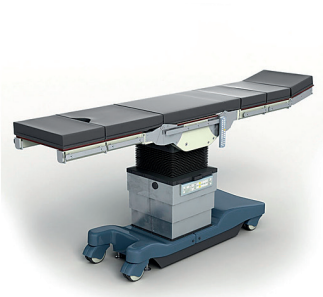
АО «МЕДТЕХНИКА» объединяет более 150 высококвалифицированных сотрудников со специальным медицинским и техническим образованием, группами допуска по электробезопасности, большим количеством сертификатов о повышении квалификации и прохождении учебных курсов на заводах-изготовителях.

СТАБИЛЬНОСТЬ — ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА

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

ЦЕЛЬ ПРЕДПРИЯТИЯ

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



СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР

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

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

ВИДЫ РАБОТ СЕРВИСНОГО ЦЕНТРА:

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

ОТ ПОСТАВКИ ДО УТИЛИЗАЦИИ

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

ПОСТАВКА ОБОРУДОВАНИЯ

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

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



Редакторская коллегия



Главный редактор:

С. В. Гребенников,

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



С. И. Ростовцев,

врач анестезиолог-реаниматолог,
д. м. н., доцент



Д. Э. Здзитовецкий,

врач-хирург, д. м. н., доцент



Е. П. Тихонова,

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



Т. А. Зимина,

заместитель главного врача
по работе с сестринским
персоналом



Л. В. Торопова,

заместитель главного врача
по организационно-методической
работе



М. В. Луценко,

заместитель главного
врача по анестезиологии
и реаниматологии



Н. В. Федюкович,

заместитель главного врача
по медицинской части



С. Г. Маслов,

заместитель главного врача
по хирургии



И. Г. Юрикова,

заместитель главного врача
по экономическим вопросам

Содержание



КОРПОРАТИВНОЕ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ БСМП

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

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

ТЕЛЕФОНЫ:

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

ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «Реноме»
Генеральный директор
Светлана Юхименко

АДРЕС РЕДАКЦИИ/ИЗДАТЕЛЯ:

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

Тираж 999 экз.
Декабрь 2020 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет

Новости	8
В БСМП работает коллектив с характером	12
Экономика больницы в период пандемии	14
Эффективность и безопасность олокизумаба у пациентов с инфекцией, вызванной вирусом SARS-COV-2, в условиях реальной клинической практики.....	18
Изучение гуморального иммунного ответа при COVID-19 у медицинских работников.....	20
Влияние регионарной анестезии на послеоперационные осложнения и длительность госпитализации при переломах верхней конечности у больных пожилого и старческого возраста.....	22
Дорога в профессию	25
Новые клинические случаи хирургического лечения пациентов с объемными опухолями нижней челюсти с использованием 3D-моделирования и стерлитаграфической модели	26
Новые подходы к лечению и профилактике спастичности у больных в остром периоде очаговых поражений головного мозга с использованием ботулинического токсина типа А.....	30
COVID-19: будни врачей в «красной зоне».....	35
Особенности оказания медицинской помощи больным с ОНМК и острым инфарктом миокарда в первичном сосудистом центре КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» в условиях эпидемии коронавирусной инфекции (COVID-19).....	36
Им ничего не хочется	38
Адаптация пациентов с ОНМК и ковидной инфекцией в стационаре	40
Репродуктивный выбор	42
Безопасность врачей и пациентов	44
Токсикологическая помощь населению Свердловского района города Красноярска.....	46
Наше родное прошлое	48
Слова благодарности	52
Наши таланты.....	54



**Уважаемые медицинские работники!
Дорогие друзья!**

В преддверии новогодних и рождественских праздников рад возможности поздравить вас с наступающим 2021 годом и выразить искреннюю признательность за ваш самоотверженный труд.

Уходящий год стал временем испытаний и тревог. Но в этот сложный период борьбы с пандемией мы знаем, что можем рассчитывать на вашу помощь. К каждому пациенту вы относитесь с чуткостью и состраданием, что позволяет сохранять жизни и здоровье тысячам наших земляков.

Благодаря совместным усилиям врачей, медицинских сестер, лаборантов, санитаров, всех, кто работает в сфере здравоохранения, Красноярский край справляется с вызовами, равных которым не было в истории.

Это трудное время подарило нам новый профессиональный и жизненный опыт: помогло нашему обществу понять, насколько мы готовы мобилизоваться и сплотиться ради общей цели, слышать и понимать друг друга. Мы, депутаты, с особым вниманием относимся к возникающим вопросам медицины и стремимся оказать вам максимальную поддержку — от оперативного принятия законодательных инициатив до участия в волонтерских движениях и благотворительности.

Несмотря ни на что Новый год остается временем надежд и ожиданием чуда. От всей души поздравляю вас с наступающим Новым годом! Пусть 2021 год поможет заветным мечтам осуществиться и принесет удачу. Здоровья, радости и благополучия вам и вашим близким!

*С уважением,
Дмитрий Викторович Свиридов,
председатель Законодательного собрания
Красноярского края*



Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с наступающим новым годом!

2020 год уходит под эгидой борьбы с коронавирусом. И сегодня, в период пандемии, героями нашего времени стали вы, люди в белых халатах. Нам с вами пришлось перестроиться и работать в тяжелых условиях, больше напоминающих боевые действия. Коллектив БСМП всегда был и остается на передовой, только ритм стал еще напряженнее. Вы работаете в «красной зоне», продолжаете оказывать весь спектр медицинской помощи, в которой нуждаются ваши пациенты. Я хочу пожелать вам в новом году здоровья. Пусть оно будет по-настоящему крепким, сибирским. Пусть все болезни, вирусы, инфекции, сдаются без боя перед вашим профессиональным талантом, опытом и знаниями. Спасибо за самоотверженный труд, заботу и мастерство. Желаю вам новых свершений и достижения намеченных целей, воплощения в жизнь ваших надежд и заветной мечты!

От всей души желаю вам, вашим родным и близким праздничного настроения и крепкого здоровья!

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



**Уважаемые сотрудники Красноярской
межрайонной клинической больницы скорой
медицинской помощи им. Н. С. Карповича!**

Поздравляю вас с наступающим Новым, 2021 годом! Уходящий год стал серьезнейшим испытанием для общества. И вам, дорогие наши врачи, досталось больше всех. Всемирная эпидемия еще раз показала, что в медицине не может быть случайных людей. Каждый из вас доказал, как важно в вашей профессии вкладываться на все 100 процентов, посвящать себя без остатка служению людям. Сегодня вы совершаете настоящие подвиги на наших глазах, работаете на пределе человеческих возможностей, часто без отдыха и выходных. Низкий вам поклон, наши герои! Привычная уху фраза «Будьте здоровы!» в наши дни приобрела особую актуальность. Я желаю всем красноярским медикам самого крепкого здоровья!

Уверен, что в канун 2021 года у людей всей планеты есть одно общее желание: что в 2021 году мы вернемся к обычной жизни. Давайте вместе верить, что эти надежды оправдаются! Пусть наступающий год порадует вас счастливыми событиями! Желаю вам душевного спокойствия, оптимизма и благополучия! С Новым годом!

С уважением,
Сергей Васильевич Еремин,
мэр города Красноярск



Уважаемые коллеги!

Уходящий год выдался непростым для нашей отрасли. Мы встречаем его в условиях пандемии, в экстремальной эпидемиологической обстановке. COVID-19 перекроил уклад нашей жизни, работы и напомнил об истинных ценностях. Ваша работа сегодня в центре внимания и коллектив БСМП достойно несет свою миссию.

Многим из вас предстоит встретить это праздник на рабочем месте, оказывая медицинскую помощь тем, кому она остро необходима. Пусть такое начало будет для вас добрым знаком и придаст вам сил в решении профессиональных задач.

Желаю, чтобы наступающий год принес исполнения заветных желаний, я уверен, что сегодня у большинства оно одно — крепкого здоровья всем.

Пусть Новый год откроет нам двери в новую жизнь, где есть место только радостным новостям, долгожданным переменам к лучшему, успешным стартам и достижению вершин! Пусть исполнятся все ваши мечты и желания, которые задуманы, будьте здоровы и жизнерадостны! Берегите себя!

*С уважением,
Борис Маркович Немик,
министр здравоохранения Красноярского края*



Дорогие коллеги, партнеры, друзья!

2020 год выдался насыщенным событиями и очень сложным для всех. Ежедневно инженеры АО «МЕДТЕХНИКА» обеспечивали работоспособность медицинского оборудования во многих лечебных учреждениях Красноярского края. Эта бесперебойная работа была особенно важна в условиях эпидемиологической ситуации в крае. Безусловно, мы работали в особом, непривычном для себя режиме. Приходилось работать и в самых очагах распространения вируса, и в удаленных территориях, и было, конечно же, высокое эмоционально-психологическое напряжение, но с достоинством, профессионально и без лирики справлялись со всеми рабочими ситуациями. Хочется отметить выдержку и высокий профессионализм сотрудников. Все трудились активно, качественно выполняя работу и показывая высокую результативность. Огромное спасибо хочется сказать врачам и всем медицинским работникам, на чьи плечи легла основная тяжесть борьбы с распространением COVID-19. Низкий вам поклон и дай Бог всем здоровья, стойкости и терпения!

Примите самые искренние поздравления с наступающим Новым годом! Этот замечательный зимний праздник всегда создает прекрасное настроение, дарит каждому ощущение прекрасного и веру в лучшее будущее! Крепкого здоровья и неиссякаемого запаса сил, чтобы все трудности обходили стороной!

*С уважением,
Михаил Борисович Варав,
генеральный директор АО «МЕДТЕХНИКА»*



Уважаемые коллеги!

От имени коллектива Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого и от себя лично поздравляю коллектив Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича с наступающим Новым 2021 годом и Рождеством Христовым!

Уходящий год был не простым для всех нас, он изменил практически все сферы жизни. Несмотря на все сложности, ваш профессионализм позволил спасти не одну жизнь. Только объединение всех сил: научного потенциала, студенческого, врачебного и желание пациента — помогает победить болезнь. Нам очень многого удалось добиться, объединив усилия.

Уверен, что наступающий 2021 год будет щедрым на радостные события и положительные эмоции!

Желаю вам семейных, запоминающихся новогодних и рождественских праздников, крепкого здоровья, счастья и процветания! Пусть будут счастливы и здоровы ваши родные и близкие! С Новым годом!

*С уважением,
Алексей Владимирович Протопопов,
ректор Красноярского государственного
медицинского университета
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого*



Уважаемые коллеги, друзья!

Поздравляю вас с наступающим Новым годом и Рождеством!

Завершается непростой год, для всех работников здравоохранения он был одним из самых сложных в истории, и наш коллектив не стал исключением. Мы много сделали в этом году, вступив борьбу с коварным вирусом COVID-19. Несмотря на все сложности и трудности, каждому из нас есть чем гордиться.

Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла серьезные изменения в работу больницы и отчетливо показала, что в БСМП есть команда профессионалов, верных своему делу людей, готовых жертвовать личным ради спасения здоровья жителей Красноярска. Лечить людей — это наша прямая обязанность, святой долг и повседневная работа, которую мы стремимся делать не просто хорошо, а виртуозно.

Я с надеждой смотрю в новый 2021 год и верю, что он будет наполнен здоровьем, крепостью духа и новыми перспективами для нашей команды и больницы в целом. Желаю здоровья, оптимизма, профессионального роста и везения. Пусть источником ваших сил станет дружеская поддержка, любовь и понимание коллег, близких по духу людей, родных и близких. Пусть вместе с новогодними и рождественскими праздниками в ваши дома придут радость, тепло и уверенность в завтрашнем дне!

*С уважением,
Сергей Васильевич Гребенников,
главный врач КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»*

Новости

Национальный проект «Здравоохранение». Информатизация



КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича» участвует в реализации федеральной программы «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)».

В рамках этой программы в учреждение уже поступили новые компьютеры (175 шт., 23 из них оснащены web-камерами для проведения видеоселекторов), принтеры (50 шт.), многофункциональные устройства (МФУ) (43 шт.) и инфраструктурный сервер для работы медицинского персонала в Региональной медицинской информационной системе qMS. Благодаря этому, улучшится качество, объем и полнота медицинской информации о пациентах.

КМКБСМП, как и другие больницы, является частью выстроенной информационной системы, что позволяет получать

структурированную, достоверную и оперативную информацию как врачам, так и специалистам в сфере управления. В настоящий момент проводится обновление автоматизированных рабочих мест врачей; помимо информационного взаимодействия с другими медицинскими организациями, компьютеризация главным образом позволит освободить врачей от бумажной работы.

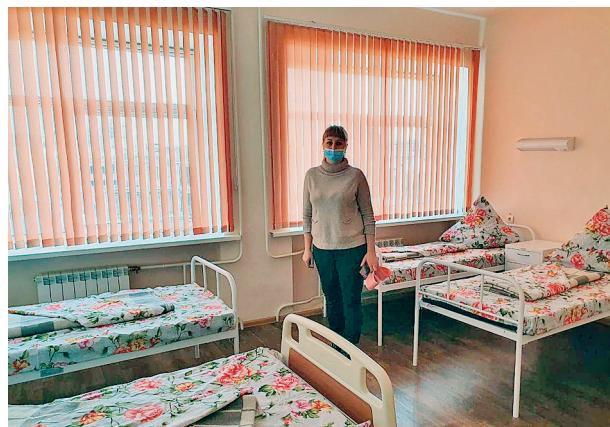
Одной из задач программы является информационная безопасность. В рамках этой задачи в учреждении установлен межсетевой экран UserGate и система обнаружения вторжений, которые решают проблему защиты сетевой инфраструктуры от разнообразных интернет-угроз. А именно: внешних атак, вредоносных приложений, скриптов и других рисков.

Поступление еще одной партии МФУ и компьютеров, оснащенных видеокамерами, ожидается к концу года.

Развернуты дополнительные 200 коек инфекционного госпиталя КМКБСМП

Осенью в инфекционном госпитале КМКБСМП на базе спортивно-оздоровительного комплекса «Лесной» и в Центре нейрореабилитации ФСНКЦ ФМБА были развернуты два временных ковидных госпиталя КМКБСМП на 200 коек. Таким образом, на момент верстки журнала коечный фонд инфекционного госпиталя больницы составил 780 единиц. В новых подразделениях проходят лечение пациенты со средней степенью тяжести, а также переводятся больные из базового инфекционного госпиталя

на долечивание. Такое перераспределение больных позволяет иметь места в основном стационаре для оказания медицинской помощи пациентам с тяжелым течением болезни. Для работы во временных подразделениях сформированы основные и резервные бригады из сотрудников БСМП, привлеченных специалистов и ординаторов. Также трудоустроены студенты медицинского университета и медицинского колледжа в качестве среднего и младшего медицинского персонала.



Анализ на COVID-19 пациентам БСМП теперь делают в лаборатории больницы

На базе лаборатории Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича (БСМП) теперь проводят исследования ПЦР-тестов на COVID-19. Анализ берут у пациентов больницы, которые поступают в приемный покой инфекционного госпиталя. Помимо этого, пробы берутся у тех, кто уже находится на лечении в стационаре с другими заболеваниями с признаками острой респираторной инфекции.

Для проведения анализов в лабораторию закупили новое диагностическое оборудование. Для работы с пробами на COVID-19 выделили отдельную зону, где специалисты работают в защитных костюмах. В день лаборатория выполняет порядка 300 тестов. Результаты исследований доступны для врачей через 4-6 часов после забора биоматериала. Наряду с этим информация передается в центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, результаты также поступают в личный кабинет портала web-patient.ru.



Наставничество. Мастер-класс для анестезиологов



Наставничество в БСМП имеет давнюю историю. Опытные врачи больницы, прошедшие обучение в ведущих клиниках страны и за границей, не отходят от традиций и делятся знаниями со своими коллегами. Специалисты анестезиологической службы, возглавляемой Михаилом Васильевичем Луценко, организовали мастер-класс для молодых врачей первого года работы. В мероприятии приняли участие и многие врачи со стажем. Первый обучающий курс прошел в отделении реанимации и интенсивной терапии № 5, руководит которым Дмитрий Сергеевич Шамоу.

Анестезиолог-реаниматолог, руководитель службы лечения боли Олег Юрьевич Корольков провел мастер-класс по теме обеспечение центрального

венозного доступа. Это актуальное и сложное направление не только для начинающих врачей. Установка центрального венозного катетера (ЦВК) является достаточно агрессивной манипуляцией и сопряжена с рядом различных осложнений, одним из которых является пневмоторакс. Тема имеет большую практическую ценность. Главная цель — представить своим начинающим коллегам, тем, кто не работал, и тем, кто уже работает с ультразвуком, различные тонкости и нюансы катетеризации вен с помощью ультразвуковой визуализации. После теоретического блока была практическая часть с моделями. Доктора посмотрели сосуды друг на друге используя разные УЗ-аппараты, нескольким курсантам было предложено пройти обучающие упражнения на

фантомах. В завершение врачи разобрали тему пневмоторакса и побывали в реанимационном отделении. Учитывая пожелания коллег, темой следующего мастер-класса станет применение методов регионарной анестезии с практикой в операционной. Планируется расширение круга коллег-курсантов из других реанимационных отделений, желающих в том числе овладеть ультразвуком в рамках данной темы.

— Считаю, что обязательное проведение мастер-классов необходимо включить в учебный план для курсантов, проходящих обучение на сертификационном цикле, возможно, зарегистрировать его на портале НМО, чтобы специалисты получали сертификаты и зачетные единицы, — выразил свое мнение Олег Корольков.

Новости

Врачи делятся опытом лечения больных с новой коронавирусной инфекцией



межрайонной клинической больницы № 20 им. И. С. Берзона. Профессор выступил с презентацией «COVID-19. Полгода эпидемии на опыте работы ГКБ № 52 г. Москвы». Эта клиника одна из первых в столице была перепрофилирована в больницу для лечения пациентов с COVID-19. Получилось очень активное и интересное общение с медицинском сообществом Красноярск. В видеоселекторе, на котором профессор Царенко подвел итоги визита в медицинские организации краевого центра, смогли поучаствовать все заинтересованные лица из красноярских клиник, а также медицинский персонал, работающий сейчас в «красных зонах».

— Для нас это была интересная и полезная встреча. Считаю, что только объединив усилия, обсуждая и представляя накопленный опыт, врачи смогут выработать эффективные подходы в лечении больных с новой коронавирусной инфекцией. На этой встрече был затронут еще один очень важный аспект — организация работы анестезиолого-реанимационной службы в ковидном госпитале, ведь не секрет, что многие пациенты нуждаются именно в реанимационной помощи, — сказал Сергей Васильевич Гребенников, главный врач КМКБСМП им. Н. С. Карповича.

Визит профессора Сергея Васильевича Царенко в Красноярск был организован по приглашению основателя РУСАЛА Олега Дерипаски.

Интересные и полезные встречи состоялись этой осенью для красноярских врачей, оказывающих медицинскую помощь больным с новой коронавирусной инфекцией. В Красноярске с дружеским визитом побывал заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации ГКБ № 52 г. Москвы д. м. н., профессор, Сергей Васильевич Царенко. Сергей Васильевич является профессором факультета фундаментальной медицины МГУ, руководит подготовкой клинических ординаторов и аспирантов.

Целью визита стал обмен опытом и методическая поддержка при проведении противоэпидемиологических мероприятий, практика лечения пациентов с коронавирусной инфекцией, секреты противовирусной терапии. Гость из столицы побывал в медицинских организациях Красноярск, где сегодня лечат пациентов с новой коронавирусной инфекцией: в Краевой клинической больнице, Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича и Красноярской

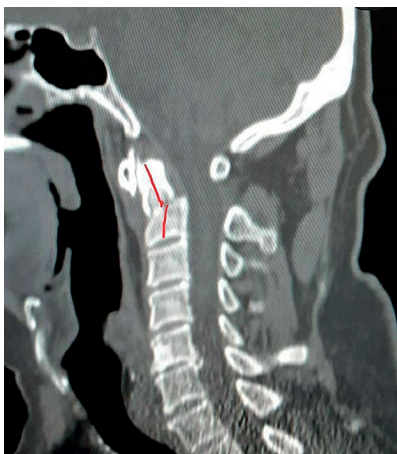
В больнице начал работать единый информационный центр

С августа в КМКБСМП начал работать Единый информационный центр. Ежедневно с 08.00 до 20.00 по многоканальному телефону **(391) 205-27-22** можно получить информацию о госпитализации родственников, о том когда возможно пообщаться с заведующим отделением/лечащим врачом по телефону; что можно передавать госпитализированному пациенту; а также узнать информацию о предоставляемых в КМКБСМП платных медицинских и немедицинских услугах. Наряду с этим операторы центра предоставляют информацию о результатах теста на COVID-19 тем, кто сдавал анализ при обращении в больницу.



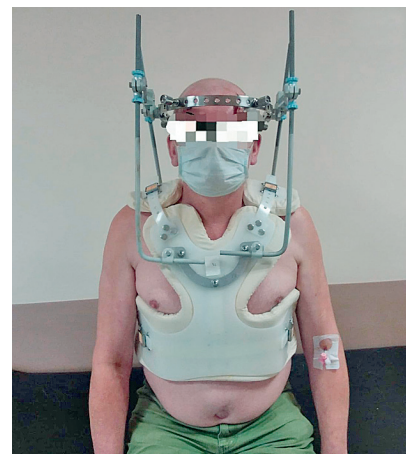
Случай из практики. Травматология

К травматологам БСМП за медицинской помощью обратился мужчина с жалобами на головные боли и невозможность держать голову. Как удалось выяснить, за две недели до обращения он упал со стремянки. При обследовании выявлено тяжелое повреждение тела и зубовидного отростка второго шейного позвонка, он обеспечивает 80 % движения головы. Сложность данного случая по мнению врачей состояла в том, что поврежденная область обильно кровоснабжается и на момент поступления у пациента уже отмечалась грубая кифотическая деформация — ригидный наклон головы и невозможность ее держать. Для того чтобы позвонок поставить на место пришлось использовать систему галлофиксации. На туловище был установлен корсет, к черепу присоединено кольцо, через корсет на туловище обеспечивается тяга, за счет которой постепенно



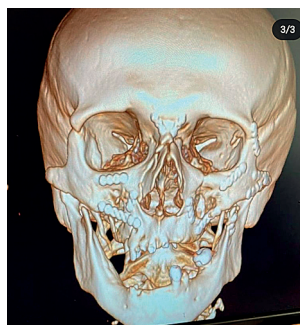
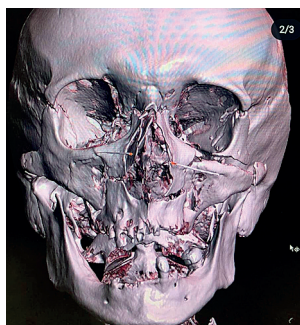
выправится и стабилизируется смещенный позвонок.

— Этапно мы оттрепанировали этот перелом. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Но с этой конструкцией ему предстоит ходить до 2 месяцев, — отмечает заведующий отделением Константин Тutyнин.



С подобными по сложности травмами к врачам БСМП поступают ежегодно порядка 2-3 человек. Как правило, такие травмы фатальны, обычно люди получают их в ДТП и погибают на месте до приезда бригады скорой помощи из-за повреждения спинного мозга. В данном случае прогноз для пациента оказался благоприятным.

Интересный клинический случай. Челюстно-лицевые хирурги БСМП восстановили пострадавшему лицо после серьезной травмы



Бригадой скорой помощи в больницу был доставлен пострадавший с травмой лица, он был осмотрен нейрохирургом и челюстно-лицевым хирургом. По результатам КТ-исследования картина прояснилась, перед хирургами находился пациент с редко встречающейся в практике травмой лицевого скелета по типу Ле Фор III. Перелом по данному типу характеризовался полным отделением костей лица от основания черепа. Разлом проходил по дну носа и верхнечелюстным пазухам, распространялся на тыльную стенку глазницы, скулу и носолобный шов.

Пострадавший был госпитализирован в отделение стоматологии. Перед оперативным вмешательством была

проведена специальная терапия, после чего больной был взят на операцию.

В течение почти пяти часов челюстно-лицевые хирурги поэтапно восстанавливали лицо пациенту, сопоставляли отломки, которые соединяли специальными металлоконструкциями. Была проведена реконструкция верхней челюсти, восстановлена скуловая кость слева. Буквально по кусочкам собрали нижнюю челюсть. Чтобы сохранить эстетику, хирургический доступ частично осуществлялся через ротовую полость; там, где хирурги применяли открытый доступ, были наложены косметические швы. После операции проведено контрольное КТ — исследование, после которого стало понятно, что скелет лица собран. Врачам удалось полностью восстановить контур лицевого скелета, который был у пациента до травмы.

— Профессионально подобранное анестезиологическое пособие позволило нам с положительным результатом провести эту длительную операцию. Очень хорошо, что мы работаем в многопрофильной клинике, где состояние пациента могут оценивать разные медицинские специалисты и коллегиально принимать правильные решения. В результате командной работы пациент активно восстанавливается, чувствует себя хорошо, начинает кушать. В послеоперационном периоде лицо восстановлено полностью, — отметил оперировавший челюстно-лицевой хирург Артем Крючков.

В БСМП работает коллектив с характером

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



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

Казалось, бы врачей БСМП сложно чем-то удивить, но этот год оказался особенным: коллектив работает в невероятном ритме по напряженности и стремительности развития событий.

Новая коронавирусная инфекция, охватившая весь мир, кардинально изменила не только привычный образ жизни людей. Медикам тоже пришлось перестроить свою работу. Для оказания помощи больным COVID-19 каждая структура БСМП претерпела серьезные изменения. При этом мы по-прежнему остаемся больницей, где красноярцы получают экстренную медицинскую помощь по всем профилям, в том числе и высокотехнологичную. Нам пришлось адаптироваться к текущим реалиям, так как сегодня большая часть пациентов обращается с симптомами коронавирусной инфекции и значимые силы

■ СПОКОЙНОЙ ЖИЗНИ В БСМП НЕ БЫЛО НИКОГДА — СО ДНЯ СВОЕГО ОСНОВАНИЯ БОЛЬНИЦА РАБОТАЕТ В РИТМЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НАШ КОЛЛЕКТИВ СОСТОИТ ИЗ ЛЮДЕЙ С ХАРАКТЕРОМ, С ПОТРЯСАЮЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭРУДИЦИЕЙ, МОБИЛЬНЫХ, ВОЛЕВЫХ, УМЕЮЩИХ БЫСТРО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ И БРАТЬ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

коллектива вовлечены в оказание медицинской помощи больным COVID-19.

Еще в начале года невозможно было предположить, что в больнице появится базовый инфекционный госпиталь большого масштаба. К декабрю число коек в нем достигло 780, к классическим трем инфекционным отделениям добавилось 10 перепрофилированных!

Первыми в Красноярском крае удар эпидемии приняли наши инфекционисты. В середине марта в БСМП был госпитализирован первый пациент с официально подтвержденной коронавирусной инфекцией. Медицинский персонал облачился в СИЗы, и это уже были не учения... С каждым днем больных становилось все больше, росло число тяжелых пациентов, преимущественно возрастных, с серьезными сопутствующими патологиями.

Опираясь на опыт других стран, наблюдая за развитием эпидемии в России, мы накапливали собственный опыт. К завершению первого месяца борьбы с COVID-19 стало понятно, что задач много и их хватит на всех.

К работе в инфекционном госпитале в условиях «красной зоны» и обсервации стали подключаться сотрудники из других отделений БСМП, студенты, ординаторы,

преподаватели медицинского университета. По данным кадровой службы, за истекший период эпидемии, в инфекционный госпиталь были трудоустроены 2075 человек. Это не только медицинский персонал, а также буфетчики, лифтеры, уборщики и пр., часть из них в «красной зоне» отработали не одну смену.

Спустя месяц операционная инфекционного госпиталя приняла первых больных COVID-19, которым потребовалось оперативное лечение. Несколько часов у операционного стола в СИЗе — еще одна новая реальность этого года.

К сожалению, с заносом инфекции от пациентов мы стали сталкиваться и в «чистой» зоне. Для обеспечения эпидемиологической безопасности в стационаре был разработан особый порядок госпитализации. Сегодня почти в каждом отделении есть своя обсервация на случай выявления больного с COVID-19. Мы понимали, что без экспресс-диагностики обеспечить эпидбезопасность большого стационара, оказывающего экстренную медицинскую помощь, невозможно. Лаборатория БСМП имеет все необходимое оборудование, позволяющее за несколько часов определить наличие или отсутствие у пациента коронавирусной инфекции. Мощность





лаборатории — 300 тестов в сутки. С первого дня наши лаборанты стали «бойцами невидимого фронта», объем работы увеличился в разы, за 11 месяцев проведены более 2,3 млн исследований.

Дыхательная недостаточность — одно из частых осложнений коронавирусной инфекции. Кислородная поддержка требуется чуть ли не каждому второму пациенту. Потребление кислорода в больнице выросло в 10 раз, для сравнения в прошлом году в среднем расходовалось 70 баллонов в сутки, в этом — 700. Бесперебойно кислород подается во все отделения, включая операционные и реанимации, где врачи оказывают помощь больным и с другими заболеваниями. С начала эпидемии техническая служба переведена на усиленный режим.

В течение 9 месяцев вышло 9 версий Методических рекомендаций по новой коронавирусной инфекции; их исполнение требует мобильности всех служб — экономической, контрактной, бухгалтерии. Учитывая задачи, которые ставились перед учреждением, и сроки их исполнения, необходимо было приобретать товары и услуги незамедлительно, при этом соблюдая все особенности бюджетного процесса, и здесь тоже приходилось работать ночами.

За период работы базового инфекционного госпиталя аптека БСМП приняла количество лекарств, равнозначное годовому. Ежедневно в отделения, с раннего утра до позднего вечера, почти без

выходных, отпускается от 4 до 7 тысяч упаковок медикаментов.

На новый усиленный график работы перешли медтехники. За счет средств, поступивших из разных источников, в том числе и от спонсоров, было приобретено 512 единиц техники начиная от «тяжелой» (компьютерный томограф, рентген-аппарат) до концентраторов, увлажнителей кислорода, пульсоксиметров. В сжатые сроки вся поступающая медицинская техника устанавливалась, монтировалась и запускалась в работу, так как каждый новый медицинский прибор нужен был для спасения жизней.

Современный стационар БСМП уже трудно представить без IT-службы. Это еще одно технологическое звено. Реализация национального проекта «Здравоохранение» очень своевременно позволила нам пополнить и обновить автоматизированные рабочие места врачей, также обеспечить информационный доступ к базе данных больницы во временных госпиталях. Чтобы оборудовать рабочие места специалистам IT-службы тоже пришлось надеть СИЗы, зайти и работать в «красной зоне».

Следует отметить и по-настоящему ударный труд рабочих хозяйственной службы БСМП. Трудно даже представить масштабность подготовки и обеспечения работы перепрофилированных отделений, и это наряду с поддержанием привычного порядка на территории. К примеру, сбор для утилизации мусора класса «Б»

инфекционного госпиталя в феврале составлял 8 тонн, в ноябре — уже 18 тонн, и такая динамика по всем направлениям хозяйственной деятельности. Питание больных было бесперебойным — даже находясь в тяжелом состоянии, они благодарили персонал за вкусные обеды.

Болель не обошла стороной и наш коллектив. При возросшей нагрузке характерной чертой абсолютно всех служб больницы стала самоотверженная работа. Медицинскому персоналу приходилось работать не только за себя, но еще и за коллегу, которого вывел из строя ковид. Я благодарен нашему коллективу, которого не сломили трудности, за понимание и ответственность в сложившейся ситуации, за круглосуточную готовность к работе. В нашей больнице работает сплоченная команда профессионалов, радующая за общее дело. 2020 год — непростой период, но предлагаю посмотреть на сложившуюся ситуацию немного иначе. Совместное решение любой трудности только объединяет, и я могу с уверенностью сказать, что наш коллектив стал крепче! Более того, многие врачи и медсестры серьезно выросли и, не побоюсь этого слова, возмужали профессионально. У многих проявились те качества, о которых, возможно, они и не подозревали.

Через несколько дней начнется отсчет дней нового 2021 года. Каким он будет в плане эпидемиологической обстановки, покажет время, коллектив БСМП готов принять любой вызов, каким бы сложным он ни оказался. Берегите себя, и будьте здоровы. ■



Экономика больницы в период пандемии

И. Г. Юрикова, Е. И. Бурыхина
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ВЫЗОВЫ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ, СВЯЗАННЫЕ С МЕРАМИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, КАРДИНАЛЬНЫМ ОБРАЗОМ ИЗМЕНИЛИ ЗАДАЧИ, МЫШЛЕНИЕ И ОБРАЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТРАНЫ. НЕ СТАЛИ ИСКЛЮЧЕНИЕМ И ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КРАСНОЯРСКА И КРАЯ.



Российское здравоохранение всегда было особенным отраслевым комплексом со своими правилами, порядком и трудностями. Медицинские организации, в первую очередь государственные, вынуждены функционировать в условиях постоянного дефицита средств консолидированного бюджета, точечной государственной помощи и ограничения возможностей в получении собственных коммерческих доходов. В 2020 году ввиду распространения новой коронавирусной инфекции медицинская отрасль столкнулась с решением ряда нестандартных задач как в области поиска эффективных мер по лечению и профилактике COVID-19, так и усиления лечебно-профилактической базы больниц и госпиталей.

■ ВЫЗОВЫ COVID-19

Текущий финансовый год начинался традиционно. Консолидированный

бюджет БСМП был распределен в соответствии со стандартными потребностями, исходя из которых были проведены основные процедуры размещения заказа. Основная доля бюджета была законтрактована. Номенклатура товаров, работ и услуг, переданная в размещение госзаказа, была сформирована на основании сложившейся структуры больных с учетом планируемого внедрения новых технологий, развития отдельных направлений оказания медицинской помощи, анализа ежегодно потребляемого объема медикаментов, расходных материалов и изделий медицинского назначения (ИМН).

Ситуация резко изменилась в марте с выходом постановления Правительства Красноярского края от 16.03.2020 № 152-п «О введении режима повышенной готовности в связи с угрозой распространения в Красноярском крае новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)». Министерству

здравоохранения Красноярского края было поручено обеспечить готовность медицинских организаций к работе в условиях возможного завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в соответствии с постановлением главного санитарного врача Российской Федерации и Временными методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (Методические рекомендации МЗ РФ). С этого периода появилась возможность по заключению договоров на товары и услуги, необходимые для борьбы с новой коронавирусной инфекцией, без проведения процедуры размещения заказа в соответствии с пунктом 9 части 1 статьи 93 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных

нужд» (Федеральный закон № 44-ФЗ). Это значительно облегчило задачу по обеспечению ежедневной деятельности больницы. Для лечения пациентов с COVID-19 в БСМП перепрофилируется часть площадей в отделения инфекционного госпиталя — с 3 инфекционных отделений в марте до 13 в настоящее время. В кратчайшие сроки создаются обсерватории для пребывания медицинского персонала инфекционного госпиталя, которые функционируют вплоть

■ В СООТВЕТСТВИИ СО ВРЕМЕНЕМ

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции значительно изменилась сложившаяся структура больницы. Для лечения пациентов с COVID-19 в БСМП перепрофилируется часть площадей в отделения инфекционного госпиталя — с 3 инфекционных отделений в марте до 13 в настоящее время. В кратчайшие сроки создаются обсерватории для пребывания медицинского персонала инфекционного госпиталя, которые функционируют вплоть

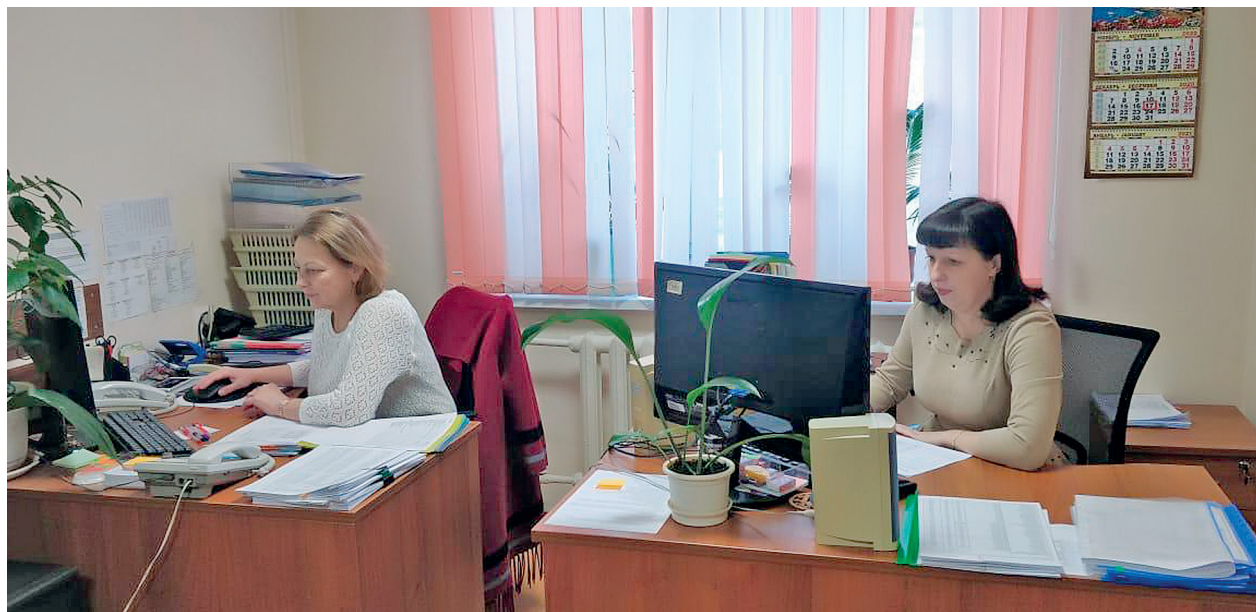
На основании Временных методических рекомендаций МЗ РФ в сжатые сроки для инфекционного госпиталя были приобретены необходимые противовирусные препараты, антибиотики и лекарственные средства, многие из них не использовались ранее, а значит, требовалось время для их доставки. Но это была не единственная трудность.

При обеспечении процесса диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции медицинские организации столкнулись со значительными проблемами не только в планировании, но и приобретении медикаментов, средств индивидуальной защиты (СИЗ), а также расходных материалов и изделий медицинского назначения (ИМН).

В течение девяти месяцев 2020 года издается 9 версий Методических рекомендаций МЗ РФ, где частично исключаются медицинские препараты, представленные в

проводилась работа с поставщиками по переносу графика поставок на более поздние периоды. Некоторые контракты расторгались полностью. Высвобожденные средства направлялись на решение новых текущих задач. Однако значительного результата эта работа не принесла, так как в условиях спада экономики поставщики неохотно шли на уступки, стараясь полностью реализовать имеющиеся договорные обязательства и получить запланированный доход.

Увеличение числа пациентов с новой коронавирусной инфекцией повлекло рост коечного фонда инфекционного госпиталя с 256 коек по состоянию на 15.03.2020 до 780 коек по состоянию на 15.12.2020. Планировать закупки в динамично меняющейся ситуации становилось все сложнее. С одной стороны, целесообразным было формирование резерва для обеспечения работы врачей при увеличении числа больных, с другой — мог



до октября. Данные меры потребовали дополнительных расходов на организацию условий проживания и питания сотрудников больницы во время работы и прохождения двухнедельного карантина. Часть средств была компенсирована из Резервного фонда Красноярского края, частично были задействованы добровольные пожертвования спонсоров, в основном на содержание обсерваторий для персонала. Вынужденно отвлекались средства из фонда обязательного медицинского страхования, что не являлось целевым использованием и подлежало возмещению.

Незапланированные расходы на перепрофилирование отделений, создание и содержание обсерваторий в условиях дефицита консолидированного бюджета легли дополнительной финансовой нагрузкой на экономику больницы, сократив возможность исполнения уже принятых обязательств.

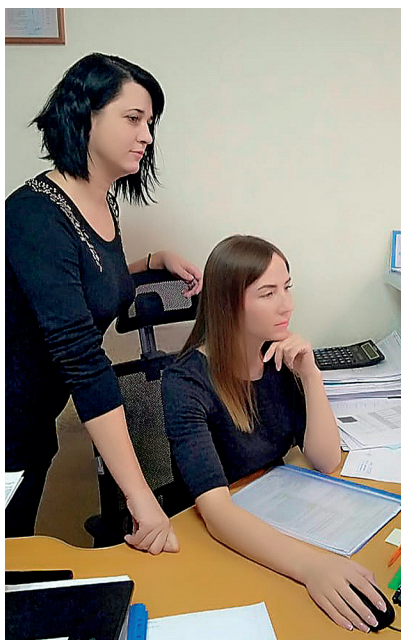
предыдущих версиях и уже поступившие в больницу, рекомендуется применение новых лекарств. Все препараты для лечения новой коронавирусной инфекции являются дорогостоящими. В таких условиях точность планирования объемов и номенклатуры закупок приобрела особое стратегическое значение.

■ ПЛАНЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Весной плановая экономика БСМП претерпела значительные изменения, потребовалось дополнительное финансирование на приобретение большого объема даже постоянно используемых медикаментов, изделий медицинского назначения и средств индивидуальной защиты. С этой целью были смещены графики поставок по основному годовому контрактам с конца года на действующий период. По части товаров, от которых можно было отказаться в связи с перепрофилированием отделений,

произошел рост просроченной кредиторской задолженности, что еще более усугубило бы экономическое состояние учреждения. Острой проблемой для БСМП стало нарушение сроков по договорным обязательствам поставщиков, а в ряде случаев и полное их прекращение. В связи с ростом закупочных цен, банкротством предпринимателей, закрытием границ ситуация усложнялась все больше. Законодательные послабления, предоставленные государством бизнесу в условиях пандемии, привели к тому, что в ряде случаев у заказчиков не стало правовой возможности по привлечению к ответственности недобросовестных поставщиков.

Образовавшийся дефицит качественных медицинских товаров, в их числе средств индивидуальной защиты с регистрационными документами, оборудование и товары для соблюдения санэпидрежима (локтевые дозаторы,



облучатели-рециркуляторы), специализированная медицинская техника (аппараты ИВЛ, концентраторы кислорода, увлажнители кислорода), необходимых для борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции стал еще одним испытанием для экономической службы больницы. Рынок мгновенно отреагировал на спрос и цены резко возросли. Контрактная служба, технические специалисты практически круглосуточно мониторили рынок — цены, сроки поставки. Находили необходимые позиции по выгодной закупочной стоимости, обеспечивая работу больницы в унисон с требованиями действующего законодательства и экономия средства.

■ КОНСОЛИДАЦИЯ УСИЛИЙ

С целью ограничения распространения новой коронавирусной инфекции, и в

связи с перепрофилированием части отделений БСМП под работу инфекционного госпиталя приостановлено оказание плановой медицинской помощи, что не позволило больнице выполнить установленный на 2020 год объем и получить запланированные средства. Пропорционально росли финансовые обязательства. Средств, получаемых по стоимости КСГ за оказанную медицинскую помощь инфекционным больным, было недостаточно для покрытия фактических расходов.

Специалистами БСМП были проведены расчеты фактических затрат на диагностику и оказание медицинской помощи больным с коронавирусной инфекцией в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ. Расчеты и обоснования направлены в комиссию по разработке Территориальной программы ОМС с просьбой повысить стоимость КСГ по лечению этой категории больных. В результате, с 01.07.2020 стоимость КСГ «st12.013.001 Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19, ИВЛ в течение 120 часов и более)» увеличена с 254,8 тысячи рублей до 451,8 тысячи рублей, стоимость КСГ «st12.013.002 Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19, ИВЛ в течение менее 120 часов)» — с 212,4 тысячи рублей до 336,9 тысячи рублей, стоимость КСГ «st23.004.001 Пневмония, плеврит, другие болезни плевры (легкое течение COVID-19)» — с 127,4 тысячи рублей до 225,1 тысячи рублей. Данная мера позволила значительно увеличить объем получаемых средств больничным учреждениям всего Красноярского края.

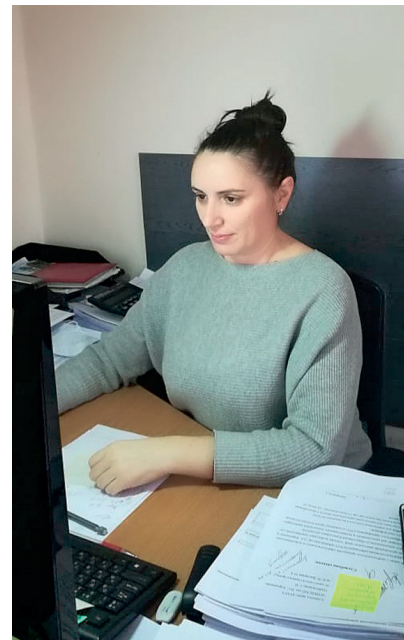
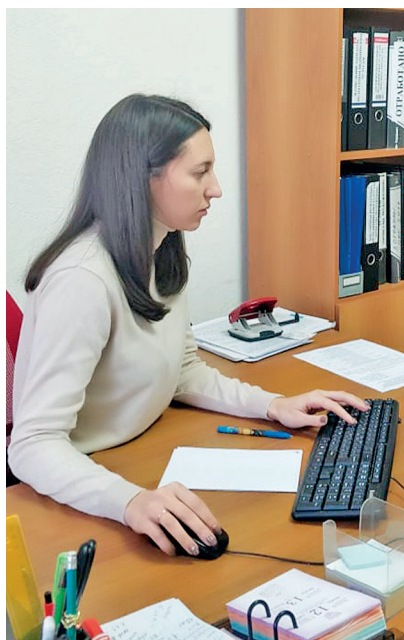
Значительную помощь в создании условий и соблюдении всех санитарно-эпидемиологических мер и требований, необходимых для борьбы с COVID-19,

оказало государство и спонсоры. Средства поступали из федерального и краевого бюджетов, градообразующих предприятий, предпринимателей. Первыми откликнулись ПАО «ГМК «Норильский никель», ОАО «Красцветмет», АО «СУЭК», Объединенная компания «Русал», профинансировав приобретение необходимого больничным учреждениям медицинского оборудования и средств индивидуальной защиты. Значительно усилилась лечебная база БСМП и в ходе реализации централизованной закупки министерства здравоохранения Красноярского края, предполагающей дополнительное выделение медицинского оборудования и СИЗ. Не остался без участия средний и малый бизнес. Многие красноярские предприниматели оказывали финансовую помощь на открытие и последующее содержание обсерватора для медицинского персонала. Все средства проходили обязательно процедуру оформления, использовались только по целевому назначению с соблюдением действующего законодательства.

■ КРИЗИСНАЯ ЭКОНОМИКА

Дополнительным к основной работе блоком для экономической службы БСМП в условиях пандемии стала работа по формированию и утверждению временного штатного расписания для инфекционного госпиталя, а также расчет дополнительных стимулирующих выплат работникам, оказывающим медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

В связи с постоянно увеличивающимся числом коечного фонда инфекционного госпиталя за период с 01.04.2020 по 20.11.20 внесено 12 изменений во временное штатное расписание. Каждая поправка оперативно согласовывалась приказом министерства здравоохранения Красноярского края. Введение новых должностей



требовало внесения изменений в Положения по оплате труда и иные локальные нормативные акты медицинской организации.

Медперсоналу, работающему с диагнозами COVID-19, были установлены дополнительные стимулирующие выплаты за счет федерального бюджета в соответствии с постановлениями Правительства РФ № 415 и № 484, а также из средств краевого бюджета (приказ министерства здравоохранения Красноярского края № 14-Н от 20.04.2020). Эти нормативные документы определили общие подходы к начислению стимулирующих выплат без учета индивидуальной специфики деятельности учреждений. При реализации регламентированных подходов на практике у всех медицинских организаций возникало множество вопросов, сложностей и проблем. Отсутствие четких рекомендаций по определению отдельных служб, должностей и категорий персонала к дополнительным выплатам могло привести к ошибкам и нарушениям на первоначальном этапе.

Не обошлось и без серьезных сбоев. Учитывая особенности бюджетного процесса, сроки поступления средств нередко затягивались. Чтобы в коллективе не было напряженности, руководство БСМП пошло на вынужденную меру — осуществление стимулирующих выплат за счет средств ОМС, отвлекая при этом финансовые ресурсы от оплаты уже имеющихся обязательств.

Дополнительные выплаты сказались на увеличении среднего заработка сотрудников, как следствие, размере отпускных и других обязательных выплат. Чтобы не нарушать трудовое законодательство вновь использовались средства ОМС. В настоящее время в учреждении нет задолженности перед сотрудниками, а также случаев задержки перечисления заработной платы

на счета работников. В настоящее время средства ОМС, направленные на стимулирующие выплаты, восстановлены в полном объеме.

Многочисленное изменение имеющихся нормативных документов потребовало существенной доработки локальных актов БСМП, а также проведения разъяснительной работы с коллективом. Специалисты финансово-экономической службы беседовали с сотрудниками больницы, в прямом и телефонном общении подробно отвечали на все интересующие их вопросы. В результате за период пандемии от персонала больницы поступило только 5 жалоб в вышестоящие инстанции, каждая из них была тщательно рассмотрена и разъяснена заявителю. В связи с тем что работники непрофильных отделений, не попадающие под действие нормативных документов по новым стимулирующим выплатам, не редко сталкивались с выявлением ковида в период обследования и лечения больных вне инфекционного госпиталя, в БСМП была введена система стимулирования персонала в логике расчета постановления Правительства РФ № 415 и краевой выплаты за фактически отработанное время за счет собственных средств.

■ ТРУДНОСТИ ЗАКАЛЯЮТ

Работа в условиях пандемии требовала от специалистов БСМП мгновенного принятия решений, кардинально отличавшихся от традиционно сложившихся. Различные группы товаров и услуги профильных организаций требовались незамедлительно. Стимулирующие выплаты медицинскому персоналу, несмотря на задержки бюджета, необходимо было выплачивать в срок. План финансово-хозяйственной деятельности требовал постоянных корректировок при поступлении и расходовании денежных средств. Велась

активная документальная работа с министерством здравоохранения Красноярского края. Выстраивалось взаимодействие с отделом казначейского исполнения бюджета. Соблюдались процедуры размещения заказа со всеми необходимыми медицинскими обоснованиями, в том числе с корректировкой плана-графика, размещения необходимых сведений и уведомлением контрольных органов. Так, за период с 01.01.2020 по 20.11.2020 в план финансово-хозяйственной деятельности учреждения было внесено порядка 30 изменений, в сравнении с аналогичным периодом 2019 года таковых было 18.

В течение сентября в БСМП прошли четыре масштабные внеплановые проверки: четыре финансовые проверки Государственной инспекции труда по Красноярскому краю, две проверки службы финансово-экономического контроля и контроля в сфере закупок Красноярского края и одна проверка Счетной палаты Красноярского края. Вопросы касались правильности начисления стимулирующих выплат за оказание медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией, выявления причины образования кредиторской задолженности, правильности размещения заказа. В таких условиях значительно возросла нагрузка на работников финансово-экономической и кадровой службы больницы — повышается уровень эмоционального истощения, снижается стрессоустойчивость. Однако сложившиеся трудности 2020 года только закаляли коллектив БСМП, работающий как единый механизм. Все специалисты понимают серьезность ответственности за свои действия и поступки, работают не жалея сил, делая ставку на собственные знания и общий профессионализм. Итоги будем подводить по окончании борьбы с пандемией. ■

Эффективность и безопасность олокизумаба у пациентов с инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2, в условиях реальной клинической практики

Е. П. Тихонова^{1,2}, Ю. С. Калинина^{1,2}, Т. Ю. Кузьмина^{1,2}, В. И. Черных², Е. В. Козлов^{1,2}, Н. В. Федюкович², А. С. Бердникова²

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

² КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Елена Петровна Тихонова,
главный внештатный инфекционист
Красноярского края, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ

Факторы риска, связанные с поступлением больных в отделение интенсивной терапии и смертью, включают пожилой возраст, сопутствующие заболевания, повышенный индекс массы тела.

При тяжелом течении COVID-19 развивается патологическая активация врожденного и приобретенного (Th1- и Th17-типы) иммунитета, «дисрегуляция» синтеза «провоспалительных», иммунорегуляторных, «антивоспалительных» цитокинов и хемокинов: ИЛ1, ИЛ2, ИЛ6, ИЛ7, ИЛ8, ИЛ9, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ17, ИЛ18, фактор некроза опухоли α (ФНО α), ИФН γ -индуцируемый белок 10, ИФН α и ИФН β , моноцитарный хемоаттрактантный белок 1 (МХБ1), макрофагальный воспалительный белок 1 α (МВБ1 α). Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ

■ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВСЬ МИР ЖИВЕТ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19, НАЧАВШЕЙСЯ В КОНЦЕ 2019 ГОДА В КИТАЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ УХАНЬ [1]. У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ ОТ ЛЕГКИХ ДО УМЕРЕННЫХ, НО ПРИМЕРНО В 10 % СЛУЧАЕВ НАБЛЮДАЕТСЯ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ [2]. СЕПСИС, ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ (ОРДС) ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ COVID-19.

увеличивалась у большинства пациентов одновременно с увеличением интерлейкина-6 (ИЛ-6) и СОЭ в разной степени выраженности.

Лабораторные признаки цитокинового шторма: лейкопения, выраженная лимфопения, снижение числа моноцитов, эозинофилов и базофилов крови, снижение количества Т- и В-лимфоцитов, высокие уровни интерлейкина-6 (> 40 пг/мл), повышение уровня С-реактивного белка более 75 мг/л, ферритина, АЛТ, АСТ, ЛДГ сыворотки крови, значительное повышение уровня D-димера. Ранее это описывалось как синдром гиперцитокинемии, в котором гипервоспаление и полиорганная недостаточность возникают в результате чрезмерного высвобождения цитокинов вследствие неконтролируемой активации иммунной системы [3].

Для терапии цитокинового шторма могут применяться различные схемы введения глюкокортикостероидов. Также в реальной клинической практике применяются ингибиторы ИЛ-6 и ИЛ-1 для лечения критических форм COVID-19. Таргетную терапию ингибиторами ИЛ-6 (тоцилизумабом или сарилумабом) или ИЛ-1 β (канакинумабом) в комбинации с ГК рекомендуется инициировать до развития тяжелого поражения легких с целью

подавления цитокинового шторма и предотвращения развития полиорганной недостаточности.

Олокизумаб («Артлегиа») — гуманизированное моноклональное антитело, относящееся к изотипу иммуноглобулина G4/каппа. Олокизумаб селективно связывается с человеческим ИЛ-6 и эффективно нейтрализует эффекты ИЛ-6 in vivo и in vitro. Олокизумаб был изучен в серии многоцентровых международных исследований третьей фазы, где была показано его безопасность и эффективность при применении у пациентов с ревматоидным артритом [4].

Цель исследования:

Изучить эффективность и безопасность лекарственного препарата «Артлегиа» (олокизумаб) для лечения пациентов с инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ данных рутинной клинической практики в период госпитализации пациентов с новой коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19). В анализ были включены данные из медицинских карт стационарного больного 19 пациентов, находившихся на лечении в КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница



скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича» в период с 11.06.2020 по 20.08.2020, получивших в качестве упреждающей противовоспалительной терапии препарат «Артлегиа» (олокизумаб), раствор для подкожного введения, 160 мг/мл — 0,4 мл, со стандартной терапией согласно критериям временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» МЗ РФ, версия 7.

Критерии включения:

1. Возраст пациента ≥ 18 ;
2. Подтвержденный диагноз COVID-19;
3. МСКТ ОГК (КТ1-3) или изменения на рентгенограмме ОГК объемом от 0 до 75 % в сочетании с двумя и более критериями:

- Гипертермия $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Проведение кислородотерапии
- $\text{СРБ} \geq 30 \text{ мг/л}$.

Для анализа использовали следующие данные, полученные из медицинских карт стационарных пациентов: возраст, пол, раса, дата госпитализации, отделение госпитализации и объем поражения легких как критерии тяжести состояния пациента, день введения «Артлегии» после появления первых признаков коронавирусной инфекции и после госпитализации в стационар, температура тела в день введения «Артлегии» (день 0) и на 1-й, 2-й, 7-й день после инъекции, динамика С-реактивного белка на 1-й, 2-й и 7-й день по сравнению с днем введения (день 0).

Демографическая характеристика пациентов:

Для проведения научного анализа включены данные 10 (52,6 %) пациентов мужского пола и 9 (47,4 %) пациентов женского пола.

Средний возраст пациентов составил 52,7 года в обеих группах, 54,8 года в группе мужского пола и 50,4 года в группе женского пола.

Абсолютное большинство пациентов обеих групп были европеоидной расы — 100 %.

Тяжесть заболевания:

Поражение легких по данным компьютерной томографии или рентгенографии органов грудной клетки составило: КТ-2 или 25-50 % поражения — 9 (47,37 %) пациентов; КТ-3 или 50-75 % поражения — 10 (52,63 %) пациентов. В отделения общего профиля госпитализировано 12 (63,2 %) пациентов, в ОРИТ — 7 (36,8 %) пациентов.

Результаты исследования:

Анализ динамики снижения температуры тела показал следующие результаты: пациенты, получавшие упреждающую противовоспалительную терапию олокизумабом у 63,1 % ($n=12$) пациентов в первые сутки наблюдалось снижение до нормальных или субфебрильных цифр. К 7-м суткам наблюдения данный показатель имел стойкую положительную динамику у всех больных (100 %). Положительную клиническую динамику на 7-й (или предшествующий) день с момента введения препарата «Артлегиа» зарегистрировали у 18 (94,7 %) пациентов.

Динамика уровня С-реактивного белка при применении олокизумаба показывала выраженную динамику к его снижению в 84,2 % случаев уже в течение первых 2 суток.

Длительность кислородотерапии после введения препарата «Артлегиа» в

исследуемой популяции ($n = 12$) составляла 10,2 (от 3 до 29) дня.

Средняя длительность госпитализации после введения препарата «Артлегиа» составила 15,6 (от 7 до 23) дней.

В результате лечения 19 (100 %) пациентов выписаны из стационара в связи с выздоровлением, летальный исход не был зафиксирован.

Нежелательные явления в группе пациентов, получавших препарат «Артлегиа», не были зафиксированы.

Выводы:

1. Применение олокизумаба при новой коронавирусной инфекции COVID-19 продемонстрировало положительное влияние на клинические и лабораторные показатели. Прежде всего, это влияние на выраженность клинических параметров в виде улучшения общего состояния уже в первые сутки наблюдения, снижения температуры тела до нормальных значений.

Динамика СРБ показывает значимое влияние ингибитора IL-6 на системную воспалительную реакцию.

2. Препарат «Артлегиа» обладает приемлемым профилем безопасности у пациентов, получивших лечение по поводу инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19). ■

Список литературы:

1. García LF Immune Response, Inflammation, and the Clinical Spectrum of COVID-19. *Front. Immunol.* 11:1441. doi: 10.3389/fimmu.2020.01441
2. Pascarella Giuseppe, Strumia Alessandro, Piliago Chiara, Bruno Federica, Del Buono Romualdo, Costa Fabio, Scarlata Simone, Agrò Felice Eugenio. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review *J Intern Med.* 2020 Aug;288(2):192-206. doi: 10.1111/joim.13091. Epub 2020 May 13.
3. Ragab D., Salah Eldin H., Taeimah M., Khattab R., Salem R. The COVID-19 Cytokine Storm; What We Know So Far. *Front Immunol.* 2020 Jun 16; 11:1446. doi: 10.3389/fimmu.2020.01446. PMID: 32612617; PMCID: 7244444
4. Shaw S., Bourne T., Meier C., Carrington B., Gelinas R., Henry A., Popplewell A., Adams R., Baker T., Rapecki S., Marshall D., Moore A., Neale H., Lawson A. Discovery and characterization of olokizumab: a humanized antibody targeting interleukin-6 and neutralizing gp130-signaling. *MAbs.* 2014 May-Jun;6(3):774-82. doi: 10.4161/mabs.28612. Epub 2014 Apr 2. PMID: 24670876; PMCID: PMC4011921.

Изучение гуморального иммунного ответа при COVID-19 у медицинских работников

Е. П. Тихонова, Т. Ю. Кузьмина, А. В. Егоркина, В. Р. Наумович, В. И. Черных, Т. В. Лютостаева, И. В. Михайлуев
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Министерство здравоохранения Красноярского края
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича», г. Красноярск

■ 2020 ГОД ОХВАТИЛ МИР ПАНДЕМИЕЙ КОРОНАВИРУСА COVID-19. СТАТИСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ЕЖЕДНЕВНО ОБНОВЛЯЕТСЯ И ПУБЛИКУЕТСЯ МНОГИМИ СМИ.

По оперативной информации, в Красноярском крае на 25 ноября 2020 года число заболевших новой коронавирусной инфекцией составило 34 560 человек (+333 за сутки), 27 000 человек выздоровели (+334 за сутки), из них 1000 погибших (+21 за сутки). Темп прироста за сутки составил — 1,0 %. Проведено тестов на коронавирус всего 1 705 522, из них за последние сутки 13 885. Под наблюдением врачей находятся 10 139 человек (+802 новых за сутки). Снято с наблюдения за последние сутки — 641 человек.

В борьбе с пандемией важное значение имеет своевременная специфическая диагностика. Основным видом биоматериала для лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 является мазок из носоглотки и/или ротоглотки на наличие IgA/IgM и IgG к SARS-CoV-2 — кровь.

Тестирование на антитела к вирусу SARS-CoV-2 рекомендуется в следующих случаях:

- в качестве дополнительного метода диагностики острой инфекции или при невозможности исследования мазков методом амплификации нуклеиновых кислот;

- для выявления лиц с бессимптомной формой инфекции;
- для установления факта перенесенной ранее инфекции;
- для отбора потенциальных доноров иммунокомпетентной плазмы;
- при оценке напряженности поствакцинального протективного иммунитета рекомендуется определение анти-RBD антител.

У большинства инфицированных SARS-CoV-2 специфические антитела различных классов появляются через 1-2 недели от начала симптомов, к 5-7 дню они были выявлены у 40-55 % пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, а через 17-19 дней обнаруживались у 100 % пациентов. Однако серологическое обследование, проведенное среди жителей Лос-Анджелеса с целью оценить кумулятивную заболеваемость COVID-19, показало наличие IgG и/или IgM антител у 35 (4,65 %) из 863 обследованных. Американские ученые выяснили, что антитела у переболевших COVID-19 сохраняются в течение нескольких месяцев. Специалисты изучили показатели 30 082 пациентов,

перенесших COVID-19 в легкой или умеренной форме. Исследователи отметили, что у всех участников процесса наблюдался стойкий иммунный ответ. Затем ученые проанализировали данные 121 человека из этой выборки в течение длительного времени и обнаружили, что стабильные титры нейтрализующих антител сохранялись в течение пяти месяцев в большинстве рассматриваемых случаев. Полученные данные свидетельствуют о выработке специфических IgG в сыворотке крови людей на 2-3-й неделях после инфицирования вирусом SARS-CoV-2 и достижения их максимального уровня на 20-21-й день болезни. Показатель сероконверсии составил 94,9 %. Показано, что среднегеометрический титр антител при бессимптомной и легкой формах проявления коронавирусной инфекции статистически не различался и составлял 1:512 и 1:632 соответственно. Более высокие титры антител (1:1600) выявляли при среднетяжелой форме.

Мы провели обследование медицинских работников Красноярского края, переболевших новой коронавирусной

Рис. 1. Тяжесть течения заболевания

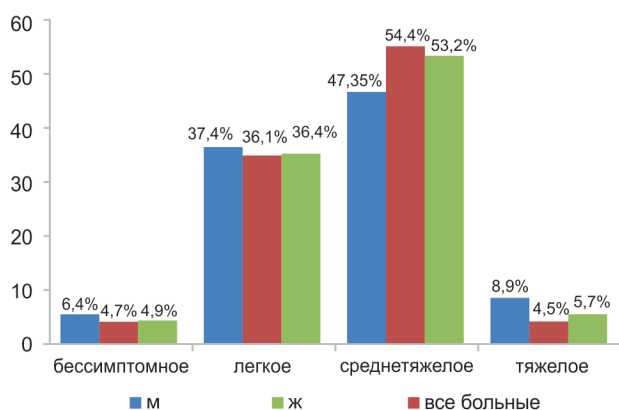
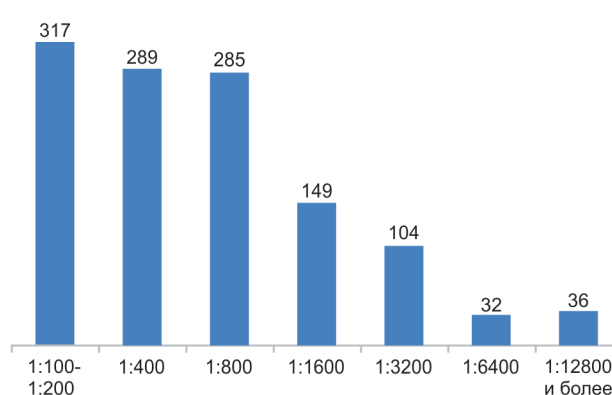


Рис. 2. Показатели результатов ИФА



инфекцией с целью изучения уровня гуморального иммунитета к SARS-CoV-2. Анализ проводили по результатам анкетирования для выявления характера заболевания и серологического исследования — определение титров специфических антител методом ИФА.

Были проанализированы 1209 исследований. На основе анкетирования выявлялись гендерные принадлежности обследованных, степень тяжести перенесенного заболевания, наличие осложнений. Методом ИФА было проведено качественное определение IgM и IgG к SARS-CoV-2 среди сотрудников больницы края, переболевших коронавирусной инфекцией в июле — августе 2020 года. Анализ проводился через 1-1,5 месяца после клинического выздоровления с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Результаты гендерной характеристики обследуемых: женщины — 1006 (83,2 %), мужчины — 203 (16,8 %). В их числе в возрастной категории 20-39 лет — 37,2 %; 40-54 лет — 37,9 %; 55-65 лет — 21,7 %; старше 65 лет — 3,1 %.

Анализ проявлений заболевания показал следующее. Так, бессимптомное течение регистрировали у 60 человек (4,9 %); легкое — у 440 человек (36,4 %); среднетяжелое — у 643 (53,2 %); тяжелое — у 69 (5,7 %) человек. Осложнение — пневмония различного объема поражения — выявлена у мужчин в 97 случаях (47,8 %), у женщин в 492 (48,9 %) случаях (в половине случаев). Причем в 3 случаях бессимптомного течения заболевания и в 50 случаях легкого течения по результатам компьютерной томографии была диагностирована пневмония.

При этом среди мужчин бессимптомное течение болезни отмечалось у 13 (6,4 %), легкое — у 76 (37,4 %), среднетяжелое — 96 (47,3 %), тяжелое — 18 (8,9 %).

Среди женщин бессимптомное течение болезни отмечалось у 47 (4,7 %), легкое — 364 (36,1 %), среднетяжелое — 547 (54,4 %), тяжелое — 51 (5,0 %).

Таким образом, степень тяжести не зависела от половой принадлежности, а осложнение пневмонией наблюдали у половины пациентов обоих полов.

При изучении иммунного ответа (анализ исследований ИФА с детализацией титра антител) распределение произошло следующим образом: титры антител 1:100-1:200 регистрировали у 317 (26,3 %) обследуемых; 1:400 — у 289 (23,9 %); 1:800 — у 285 (23,6 %); 1:1600 — у 149 (12,3 %); 1:3200 — у 104 (8,6 %); 1:6400 — у 32 (2,6 %); 1:12800 — у 36 (2,9 %) обследуемых.

Выявлена взаимосвязь тяжести течения заболевания с выработанным титром специфических антител. Так, концентрация антител (1:100-1:400) определялась у 606 (50,1 %) обследуемых при бессимптомном и легком течении заболевания и

составляла 56 % у мужчин, 54,9 % у женщин и при среднетяжелом течении — у мужчин в 34 %, у женщин в 43,02 % случаев, при тяжелом течении — у 11 % мужчин, 7 % женщин.

Титры выше 1:800 – 1:3200 вырабатывались у 538 (44,5 %) обследуемых, при среднетяжелом течении заболевания у мужчин в 45 %, у женщин в 54 % случаев; при легком — у мужчин в 40 %, у женщин в 38 % случаев, при тяжелом течении у мужчин в 10 % случаях, у женщин в 4 %.

Высокие титры антител 1:6400-1:12 800 определяли у 68 (5,6 %) обследуемых. В 24 % случаев при легком течении заболевания, в 59 % случаев при среднетяжелом течении и 17 % — при тяжелом течении.

Данное исследование выявило наличие специфического иммунитета у медицинских работников, переболевших новой коронавирусной инфекцией при различных формах заболевания. Формирование иммунитета, вероятно, зависит не только от тяжести течения заболевания, но и индивидуальных особенностей организма, о чем свидетельствует наличие как высоких, так и низких титров при различных степенях тяжести заболевания.

Выводы:

1. Большинство среди заболевших женщин объяснимо занятостью в профессии лиц женского пола (врачи, средний и младший медицинский персонал).

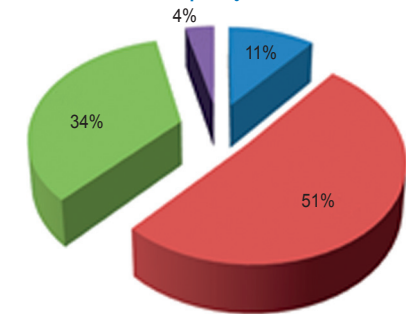
2. По степени тяжести заболевания отмечено преобладание легкого и среднетяжелого течения, развитие пневмонии регистрировалось в половине случаев при тяжелом и среднетяжелом течении заболевания, а также при легком и бессимптомном течении в 4,1 %.

3. При бессимптомной и легкой формах проявления коронавирусной инфекции титр антител статистически не различался у лиц разного пола и возраста и составлял преимущественно 1:100-200-400. Более высокие титры антител (1:800 и 1:1600) чаще выявлялись при среднетяжелой форме. Максимальные титры антител (1:3200-1:12 800) преимущественно выявлены при тяжелом и среднетяжелом течении заболевания, но были определены также и при легком течении заболевания.

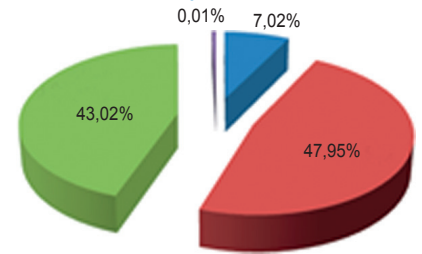
4. Результаты исследований могут послужить основой для изучения динамики изменений показателей гуморального иммунного ответа у переболевших COVID-19 и выяснения длительности их постинфекционного иммунитета с целью прогнозирования развития эпидемической ситуации и обеспечения планирования специфической профилактики.

5. Людей с более тяжелыми симптомами COVID-19 иммунитет после перенесенной болезни потенциально может дольше защищать от повторного инфицирования, чем тех, кто перенес ее в более легкой форме. ■

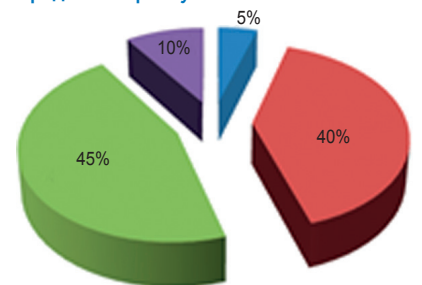
Минимальные титры мужчины



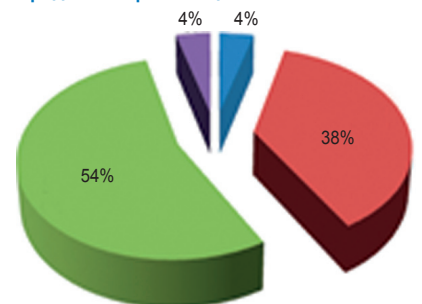
Минимальные титры женщины



Средние титры мужчины



Средние титры женщины



Максимальные титры



■ Бессимптомные ■ Легкое течение
■ Средней тяжести ■ Тяжелые

Влияние регионарной анестезии на послеоперационные осложнения и длительность госпитализации при переломах верхней конечности у больных пожилого и старческого возраста

О. Ю. Корольков, Н. Е. Пинчук, Ш. А. Ильина, И. В. Грицан
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



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

■ В РАБОТЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ МАТЕРИАЛЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА.

■ ВВЕДЕНИЕ

Ортопедическая операция на верхней конечности может быть выполнена под общим наркозом или с использованием блокады периферических нервов. Общая анестезия проводится посредством введения нескольких препаратов, для обеспечения гипнотического и анальгетического компонентов, а также миорелаксации. Общая анестезия является подходящим вариантом для тревожных пациентов, для длительных процедур, а также для пациентов с противопоказаниями к регионарной анестезии [8]. Блок периферических нервов включает инъекцию местных анестетиков вокруг нервов, вовлеченных в ту часть тела, которая будет оперирована, с целью подавления передачи импульсов периферических нервов в центральную нервную систему [2].

На долю проксимальных переломов плечевой кости приходится 4–10 % всех переломов, встречающихся в пожилом возрасте старше 60 лет, причем наибольшая частота приходится на женщин в возрасте от 80 до 89 лет [3, 4]. Эти переломы негативно влияют на качество жизни человека и связаны с высокой смертностью [5]. Пожилые пациенты обычно страдают от тяжелой сердечной или легочной сопутствующей патологии, что может увеличить риск периоперационных осложнений. Для пациентов высокого риска, которым требуется хирургическое лечение, выбор анестезии является сложной задачей. По сравнению с общей анестезией (ОА), регионарная анестезия (РА)

может обеспечить более стабильную гемодинамику и эффективную анальгезию без опиоидов [6]. РА также связана с относительно более низкой частотой периоперационных осложнений, более короткими сроками пребывания в стационаре и большей удовлетворенностью пациентов [7].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить различия в количестве послеоперационных осложнений и сроках пребывания в стационаре между пациентами пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу перелома плечевой кости в условиях ОА и РА.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пилотное одноцентровое ретроспективное обсервационное рандомизированное исследование, проведенное в условиях КГБУЗ КМКБСМП им. Н. С. Карповича. В исследование вошло 40 пациентов пожилого и старческого возраста (возраст от 60 до 86 лет) обоего пола, оперированных по поводу перелома плеча в период с 1 января 2018 года по 31 декабря 2019 года. Данные взяты случайным образом из журналов учета анестезий, электронной системы Qms, а также наркозных карт. В зависимости от анестезиологической методики, использованной во время оперативного вмешательства, пациенты разделены на две группы. Группа G-пациенты, оперированные в условиях общей анестезии (n=20), группа R-пациенты, оперированные в условиях проводниковой анестезии (n=20).

Аннотация

Авторы исследования пытались установить взаимосвязь между выбранной анестетической техникой лечения, возникновением послеоперационных осложнений и сроками пребывания в стационаре.

В ходе анализа авторы пришли к выводу, что использование регионарной анестезии у вышеописанной группы пациентов сопряжено с меньшим количеством послеоперационных осложнений и меньшими сроками госпитализации.

Ключевые слова: перелом плеча, регионарная анестезия, плечевое сплетение.

Антропометрические характеристики пациентов представлены в таблице 1.

У ряда пациентов в обеих группах в анамнезе отмечалась сопутствующая кардиальная патология в виде гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, начальных проявлений сердечной недостаточности, бронхиальная астма (риск анестезии I-III по ASA).

По прибытии в операционную обеспечивался венозный доступ, начинался мониторинг стандартных гемодинамических показателей: систолического, диастолического артериального давления (АдС, АдД), АдСр, ЧСС, сатурации (SpO₂).

Пациенты группы G получали стандартную индукцию с использованием тиопентала натрия или пропофола и фентанила. С целью прекураризации использовался пипекурония бромид («Ардуан»), миоплегия достигалась посредством введения суцинилхолина. После интубации трахеи начиналась ИВЛ. Поддержание анестезии в соответствующих группах обеспечивалось посредством ингаляции севофлурана и в ряде случаев десфлурана в дозе 0,6–0,8 МАК с использованием низкого потока свежего газа (0,7–1,4 л/мин.). Во время анестезии ситуационно использовались повторные болюсные инъекции фентанила, для обеспечения миоплегии на приемлемом уровне дополнительно вводился суцинилхолин. После окончания оперативного вмешательства и экстубации перевод пациентов в палату осуществлялся после достижения отметки в 9 баллов по модифицированной шкале Альдрета.

Пациентам группы R выполнялась блокада плечевого сплетения, в большинстве случаев под контролем ультразвука. В качестве анестетика в большинстве случаев использовалась смесь из 0,5- или 0,75-процентного ропивакаина в сочетании с 1 % лидокаином и дексаметазоном, в ряде случаев использовался 0,5- или 0,75-процентного ропивакаин в сочетании с дексаметазоном или в чистом виде. Объем анестетической смеси варьировал от 20 до 32 ml. Ситуационно применялась седация посредством внутривенного введения бензодиазепинов или пропофола. В двух случаях потребовалось дополнительное введение опиоидов на начальных этапах оперативного вмешательства.

В ходе исследования производилась оценка гемодинамических параметров при поступлении в операционную, а также перед переводом в палату, потребность в опиоидных анальгетиках в день оперативного вмешательства, наличие послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре.

Статистическую обработку данных производили на PC-IBM с помощью пакета программ «MicrosoftOffice 2010» и IBM SPSS Statistics 19. Различия оценивали как статистически значимые начиная со значения p<0,05.

Таблица 1. Антропометрические показатели

	Группа G (n=20) M±SD	Группа R (n=20) M±SD
Возраст (лет)	68,9±7,7	71,05±7,9
Рост (см)	166±6,9	164±8,7
Вес (кг)	71±8,1	73±9,3
Пол (м/ж)	6/14	3/17
Риск по ASA/I/II/III	2/9/9	2/6/12

Таблица 2. Предоперационные показатели гемодинамики и продолжительность оперативного вмешательства

Показатели	Группа G (n=20) M±SD	Группа R (n=20) M±SD
АдС (мм рт. ст.)	146,7±17,5	148±18,1
АдД (мм рт. ст.)	92,3±10,8	91,7±11,4
ЧСС (уд./мин.)	82,5±13,1	80,9±11,8
SpO ₂ (%)	96,5±2,4	96,1±3,1
Продолжительность операции (мин.)	58,7±22,9	47,2±18,3 [°]

[°] — статистически значимые различия (p < 0,05) между группами на соответствующих этапах исследования

Таблица 3. Гемодинамические показатели после окончания оперативного вмешательства

Показатели	Группа G (n=20) M±SD	Группа R (n=20) M±SD
АдС (мм рт. ст.)	148,7±12,2	138±8,4 [°]
АдД (мм рт. ст.)	93,6±9,7	84,5±11,3 [°]
ЧСС (уд./мин.)	89,4±13,1	79,2±10,3 [°]
SpO ₂ (%)	95,2±3,4	95,8±2,7

[°] — статистически значимые различия (p<0,05) между группами на соответствующих этапах исследования

Таблица 4. Сроки пребывания в стационаре (дни)

	min	max	M±SD
Группа G	6	17	9,95±3,54
Группа R	4	10	7,35±2,27





■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Не было существенной разницы между группами в гемодинамических показателях в предоперационном периоде, однако средняя продолжительность оперативного вмешательства была выше в группе G.

Показатели гемодинамики после окончания оперативного вмешательства имели статистически значимые различия.

Как видно из таблицы 3, гемодинамические показатели после окончания оперативного вмешательства имеют более стабильные значения в группе R, в то время как в группе G отмечается тенденция к гипертензии.

Ретроспективный анализ данных показал, что пациенты, оперированные в условиях общей анестезии, в подавляющем большинстве — 18 из 20 человек — с целью послеоперационной анальгезии получали опиоиды (промедол) в день оперативного вмешательства. Пациентам из группы R не требовалось введения опиоидов в ближайшем послеоперационном периоде.

При анализе данных выяснилось, что средняя длительность пребывания в стационаре была выше в группе G в сравнении с группой R, что обусловлено рядом факторов, в том числе значимым кардиальным осложнением в виде острого коронарного синдрома у одной из пациенток группы G.

■ ДИСКУССИЯ

Проведенное нами ретроспективное исследование показало, что применение регионарной анестезии при переломах плечевой кости у больных

пожилого и старческого возраста имеет неоспоримые преимущества перед общей анестезией. Полученные в ходе исследования данные совпадают с данными международной литературы и другими зарубежными исследованиями. Цель работы состояла в выяснении, насколько мировые данные применимы в стационаре нашей больницы, в первую очередь принимающей экстренных пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Анализируя полученный материал, считаем целесообразным провести проспективное исследование с вовлечением большего

числа пациентов и анализом большего количества данных.

■ ВЫВОДЫ

Регионарная анестезия при операциях по поводу переломов плечевой кости у больных пожилого и старческого возраста обеспечивает лучший профиль анальгезии и более стабильные гемодинамические показатели в периоперационном периоде, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, снижает сроки госпитализации пациентов, а значит может являться методом выбора при данном виде оперативного вмешательства. ■

Список литературы:

1. Анестезиология и реаниматология: Руководство / под ред. Ю. С. Полушина. СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2004. — 720 с.
2. Горобец Е. С., Концепция мультимодальной комбинированной анестезии, подход к обеспечению безопасности травматичных операций / Е. С. Горобец // Вестник интенсивной терапии. — 2009. — № 2. — С. 51–56.
3. Загреков В. И., Выбор техники блокады плечевого сплетения при операциях на верхних конечностях / В. И. Загреков // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2008. — Т. II, №3. — С. 49–57.
4. Шень Н. П., Выбор оптимального анестезиологического обеспечения при стационар-замещающих операциях в травматологии / Н. П. Шень, В. В. Логвиненко // Медицинская наука и образование Урала. — 2011. — № 3. — С. 125–126.
5. A scoring review of the proximal humerus fracture literature / G. P. Slobogean, H. Johal, K. A. Lefavre, N. J. MacIntyre, S. Sprague, T. Scott, [et al.] // BMC MusculoskeletDisord. — 2015. — № 16. — P. 112.
6. Brachial plexus anesthesia: essential of our current understanding / J. M. Neal et al. // Reg. Anesth. Pain Med. — 2002. — Vol. 21. — № 4. — P. 402–42.
7. Brachial plexus blocks: a review of approaches and techniques / Q. H. De Tran, A. Clemente, J. Doan, R. J. Finlayson // Canadian Journal of Anesthesia. — 2007. — Vol. 54. — P. 662–674.
8. Comparison of early recovery and cognitive function after desflurane and sevoflurane anaesthesia in elderly patients / G. Chen, Y. Zhou, Q. Shi [et al.] // Journal of International Medical Research. — 2015. — Vol. 43. — № 5. — P. 619–628.

Дорога в профессию

■ НАСТАВНИЧЕСТВО ОТНОСИТСЯ К АКТИВНО РАЗВИВАЮЩИМСЯ НАПРАВЛЕНИЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ, В ИХ ЧИСЛЕ СФЕРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. КМКБСМП ИМЕЕТ ОГРОМНЫЙ ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НАСТАВНИЧЕСТВА. ВЕДУЩИЕ ВРАЧИ БОЛЬНИЦЫ ОХОТНО ВЫСТУПАЮТ В РОЛИ НАСТАВНИКОВ, ПОМОГАЯ В АДАПТАЦИИ МОЛОДЫМ СОТРУДНИКАМ, ПОВЫШЕНИИ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ, ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ.



Автор: Виктор Шилинов

Новые клинические случаи хирургического лечения пациентов с объемными опухолями нижней челюсти с использованием 3D-моделирования и стерлитографической модели

А. А. Чучунов, М. Е. Казанцев, А. Л. Телятников
Отделение хирургической стоматологии КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Андрей Александрович Чучунов,
к. м. н., доцент, врач,
челюстно-лицевой хирург
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ И СТЕРЛИТОГРАФИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ.



Рис. 1. Пациент Г., 16 лет. МСКТ лицевого скелета (3D-формат) до оперативного лечения

■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

Пациент Г., 16 лет, поступил 15.09.20 в отделение хирургической стоматологии КГБУЗ КМКБСМП с диагнозом остеобластокластома подбородочного отдела и тела нижней челюсти справа (результаты открытой биопсии от 10.06.20, исследование проведено в КМКБСМП).

На МСКТ лицевого скелета пациента определялось объемное опухолевидное образование подбородочного отдела и тела нижней челюсти справа в проекции от 47 до 32 зуба (рис. 1).

Пациенту планировалась операция частичной сквозной резекции нижней челюсти, удаления опухоли с одномоментной пластикой костного дефекта эндопротезом, изготовленным из стандартной реконструктивной пластины. Учитывая возможные сложности с правильным моделированием будущего эндопротеза



Рис. 2. Вид напечатанной на 3D-принтере стерлитографической модели нижней челюсти пациента

непосредственно в ране, нами была использована технология 3D-моделирования и изготовления стерилитографической модели нижней челюсти (рис. 2).

После изготовления на стерилитографической модели провели моделирование будущего эндопротеза нижней челюсти из стандартной реконструктивной пластины фирмы Synthes (рис. 3), после чего изготовленный эндопротез отдали на стерилизацию.

В дальнейшем пациенту была проведена операция сквозной частичной резекции нижней челюсти вместе с опухолью в проекции от 47-го до 32-го зуба (в пределах здоровых тканей) с одномоментной пластикой костного дефекта эндопротезом, изготовленным из реконструктивной пластины (рис. 4).

Учитывая возраст пациента (16 лет), в операции принимал участие

заведующий отделением детской челюстно-лицевой хирургии ДГБ № 5 города Красноярск, врач челюстно-лицевой хирург высшей квалификационной категории А. Л. Телятников. На контрольной послеоперационной МСКТ лицевого скелета пациента определялось удовлетворительное состояние эндопротеза реконструктивной пластины (рис. 5).



Рис. 3. Моделирование эндопротеза нижней челюсти из стандартной реконструктивной пластины

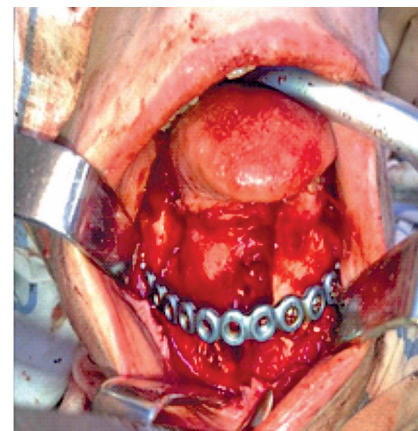
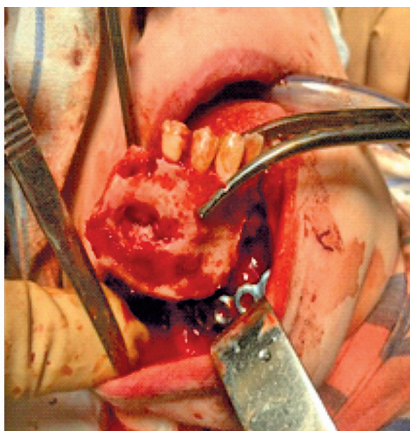
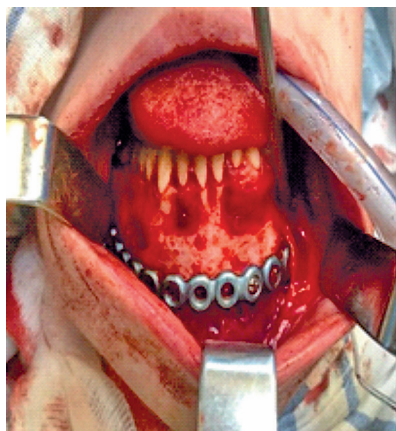


Рис. 4. Пациент Г., 16 лет. Этапы операции

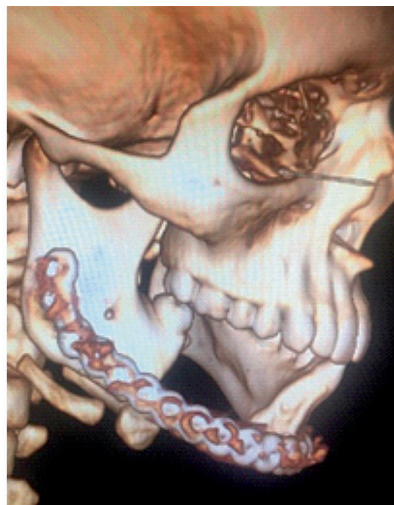
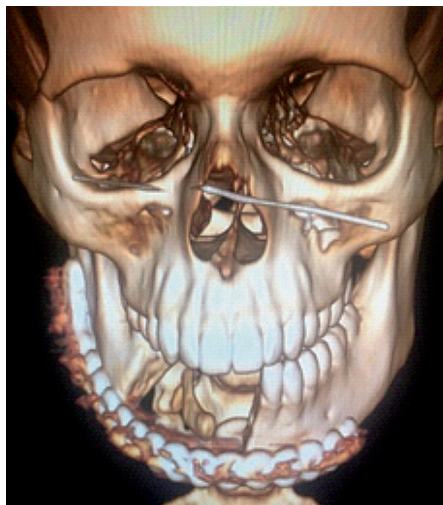


Рис. 5. Пациент Г., 16 лет. МСКТ лицевого скелета (3D-формат) через 5 дней после оперативного лечения

■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

Пациент Ш., 32 года, поступил 05.10.20 в отделение хирургической стоматологии КГБУЗ КМКБСМП с диагнозом остеобластокластома тела, угла и ветви нижней челюсти слева (результаты открытой биопсии от 15.06.20, проведено в КМКБСМП). На МСКТ лицевого скелета пациента определялось объемное опухолевидное образование тела, угла и ветви нижней челюсти слева (рис. 6).

Данному пациенту также планировалась операция частичной сквозной резекции нижней челюсти с экзартикуляцией, удаления опухоли с одномоментной пластикой костного дефекта эндопротезом, изготовленным из стандартной реконструктивной пластины и протезирования левой суставной головки стандартным эндопротезом фирмы Synthes.

Учитывая возможные сложности с правильным моделированием будущего эндопротеза непосредственно в ране, нами была вновь использована технология 3D-моделирования и изготовления стерилитографической модели нижней челюсти (рис. 7).

На стерилитографической модели провели моделирование будущего эндопротеза нижней челюсти из стандартной реконструктивной пластины фирмы Synthes с использованием стандартного эндопротеза суставной головки фирмы Synthes (рис. 8), после чего изготовленный эндопротез отдали на стерилизацию.

В дальнейшем пациенту была проведена операция сквозной частичной резекции нижней челюсти вместе с опухолью в проекции до 34-го зуба (в пределах здоровых тканей) с экзартикуляцией и с одномоментной пластикой костного дефекта эндопротезом, изготовленным из реконструктивной пластины и протезированием левой суставной головки стандартным эндопротезом (рис. 9 и 10).

На контрольной послеоперационной МСКТ лицевого скелета пациента определялось удовлетворительное состояние эндопротеза (реконструктивной пластины), эндопротез суставной головки находится в суставной впадине (рис. 11).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование технологии 3D-моделирования и изготовления стерилитографической модели позволило значительно сократить время оперативного вмешательства и получить хорошие клинические результаты хирургического лечения. Наряду с этим, имея готовый эндопротез, мы смогли провести два данных оперативных вмешательства, используя внутриротовой доступ с проведением лишь небольшого дополнительного кожного разреза для доступа к ветви нижней челюсти, что позволило добиться необходимого косметического результата. Пациенты остались довольны качеством медицинской помощи и своим внешним видом. ■

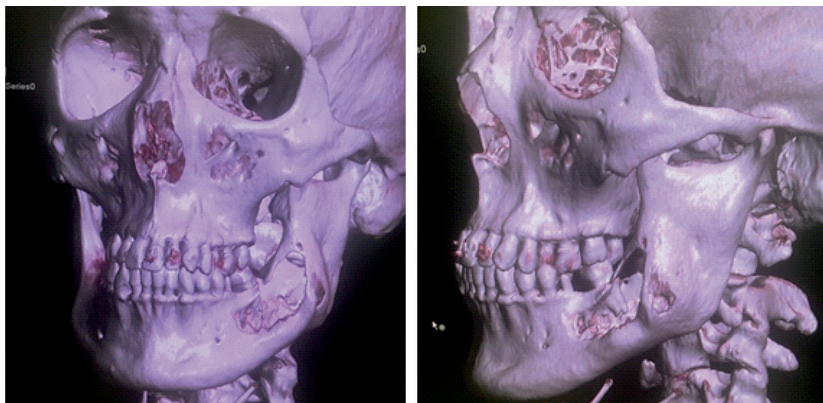


Рис. 6. Пациент Ш., 32 года. МСКТ лицевого скелета (3D-формат) до оперативного лечения



Рис. 7. Вид напечатанной на 3D-принтере стерилитографической модели нижней челюсти пациента



Рис. 8. Моделирование эндопротеза нижней челюсти из стандартной реконструктивной пластины с использованием стандартного эндопротеза суставной головки.

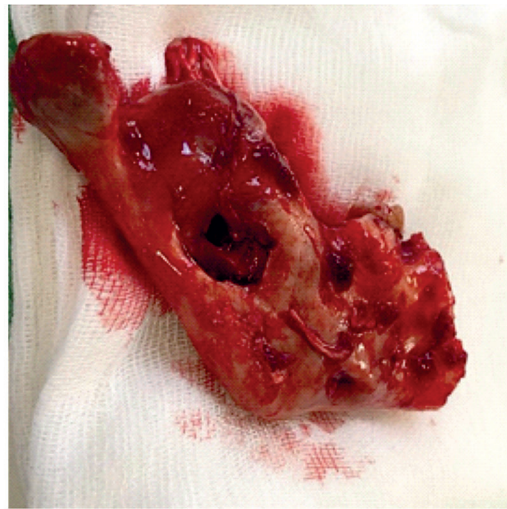
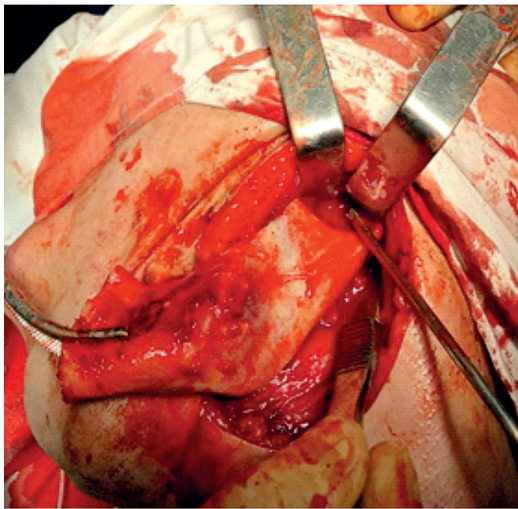


Рис. 9. Пациент Ш.,
32 года.
Этапы операции

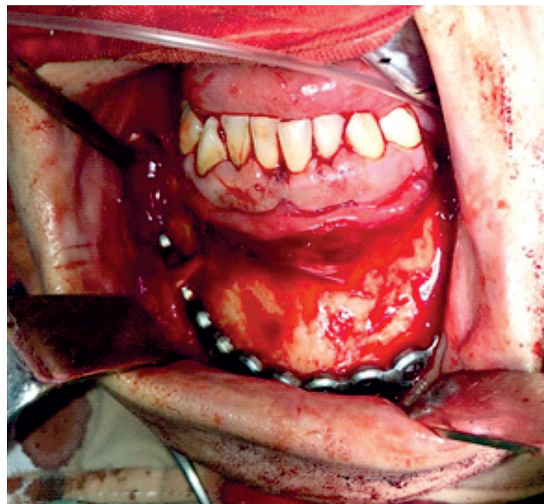
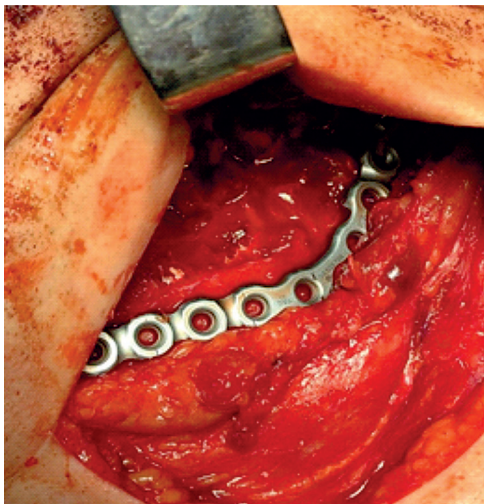


Рис. 10. Пациент Ш.,
32 года.
Этапы операции.

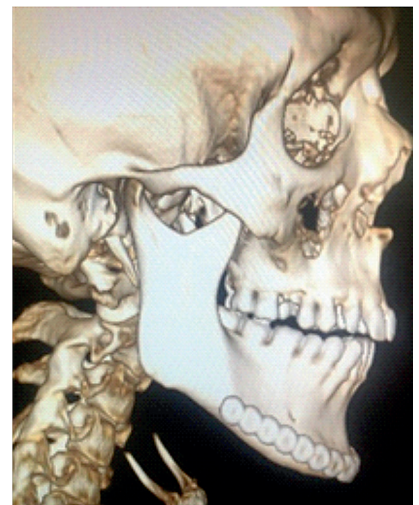
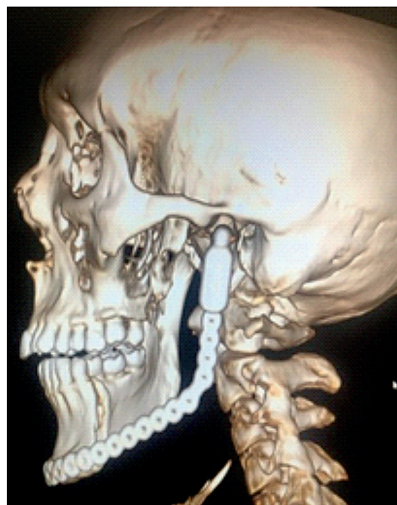


Рис. 11. Пациент Ш., 32 года. МСКТ лицевого скелета (3D-формат) через 2 дня после оперативного лечения

Список литературы:

1. Чучунов А. А., Ефремов А. К., Николаев П. Н., Крючков А. К., Казанцев М. Е.
Клинический случай использования 3D-моделирования и стерлитографической модели при хирургическом лечении пациента с
остеобластокластомой нижней челюсти // БСМП. — 2018. — № 11. — С. 39–43.

Новые подходы к лечению и профилактике спастичности у больных в остром периоде очаговых поражений головного мозга с использованием ботулинического токсина типа А

А. Г. Арутюнян, Д. В. Похабов, М. Е. Туник, В. Г. Абрамов, К. О. Туценко, А. А. Хорошавина, М. Г. Садовский, М. Н. Поздняков, М. В. Коган
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Артем Гагикович Арутюнян,
заведующий отделением
медицинской реабилитации
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ОДНОЙ ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН ОГРАНИЧЕНИЯ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОЧАГОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ИНСУЛЬТ ИЛИ ТЯЖЕЛУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ), ЯВЛЯЮТСЯ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ СПАСТИЧЕСКИМ ПАРЕЗОМ.

Постинсультная инвалидизация занимает в России первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 тыс. населения [1]. К трудовой деятельности после перенесенного инсульта возвращается от 3 до 23 % людей трудоспособного возраста, а постоянная медико-социальная поддержка требуется 85 % больных [2].

■ ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее значимых проблем, определяющей собственно инвалидизацию после перенесенного инсульта, является проблема двигательных нарушений. Именно двигательный неврологический дефицит, развивающийся у 80–90 % больных, снижает качество жизни пациентов, дезадаптирует их социально и тяжелым бременем ложится на плечи родственников. Основным клиническим проявлением нарушения движения при инсульте является центральный спастический парез [3]. Причем физическую активность больного снижает не только сам парез, мышечная слабость, но и спастическое повышение мышечного тонуса, которое, нивелируя оставшуюся мышечную силу, еще более снижает функциональные возможности и затрудняет восстановление моторной функции [4]. Симптоматический комплекс спастичности, по данным ряда многоцентровых исследований, развивается у 19–38 % пациентов, выживших после инсульта [5, 6, 7]. По данным всемирной организации здравоохранения,

распространенность постинсультной спастичности в мире составляет 0,2 %, или 200 человек на 100 тыс. жителей, спастичностью страдают более 12 млн больных [5, 7]. В отсутствие лечения, при длительно сохраняющейся спастичности развиваются вторичные изменения в мышцах, сухожилиях и суставах (фиброз, атрофии, контрактуры, пролежни, деформации), формируются различные болевые феномены и, в конечном счете, происходит утрата функции конечности [8].

В настоящее время под спастичностью понимают двигательное нарушение, являющееся частью синдрома поражения верхнего мотонейрона, характеризующееся скоростью-зависимым повышением мышечного тонуса и сопровождающееся повышением сухожильных рефлексов в результате гипервозбудимости рецепторов растяжения [9]. Спастичность характеризуется повышенным сопротивлением мышцы в ответ на ее быстрое растяжение, которое значительно ослабевает при продолжении движения, так называемый феномен «складного ножа» по Шеррингтону, и выявляется при исследовании пассивных движений в конечности [10]. Формирование постинсультной спастичности подчиняется временным закономерностям.

Принято считать, что в острейшей стадии повреждения головного мозга развивается преимущественно спинальный шок со снижением спинальных рефлексов и вялостью мышц. На промежуточной стадии



происходит повышение активности возбуждающих систем и начало функциональной перестройки двигательной системы, а на конечной стадии — аномальные и усиленные рефлекторные ответы и развитие собственно спастичности [11]. Вместе с тем динамика развития постинсультной спастичности в конкретные временные интервалы острого повреждения головного мозга нуждается в дальнейшем изучении. Чаще всего оценка спастичности происходит в наиболее привычные для анализа эффективности реабилитационных мероприятий сроки — через 3, 6, 12 и 18 месяцев от начала инсульта. По результатам исследования Р. Р. Urban с соавт., у 42,6 % из

211 пациентов спастичность наблюдалась через 6 месяцев от начала инсульта [12]. В промежутке 1–3 и 6 месяцев от начала инсульта Е. Lundström и соавт. констатируют спастичность у 27 % и 23 % пациентов соответственно. D. K. Sommerfeld и соавт. указывают на развитие спастичности в сроке 1–3 мес. у 19 % больных [6]. Как видно, данные достаточно разноречивы. Более того, в посвященных этой теме исследованиях представлены самые разнообразные выборки пациентов с отличающимися подходами к оценке двигательного и функционального дефицитов, отсутствует связь с проводимыми лечебными и реабилитационными мероприятиями. В ряде работ, и в

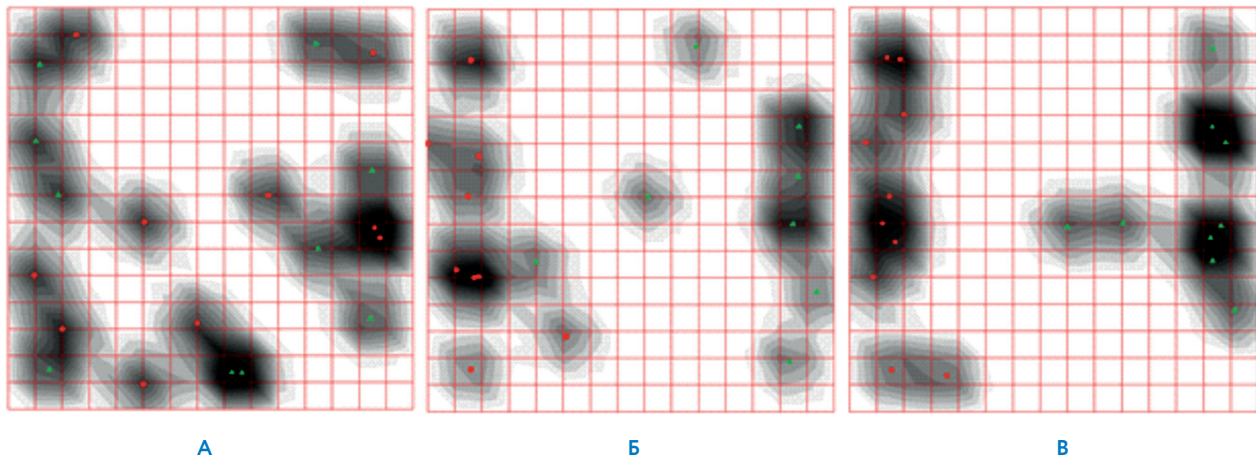
частности в работе J. Wissel и соавт., практически у четверти больных (24,5 %) было выявлено повышение мышечного тонуса уже через 2 недели от момента развития инсульта [7]. Это свидетельствует о целесообразности выявления спастичности именно на ранних сроках после инсульта, поскольку ее коррекция на этом этапе является одним из ключевых звеньев успешности индивидуальной программы восстановления двигательных функций.

В связи с активным внедрением в рутинную клиническую практику доктрины ранней реабилитации, заключающейся в активном осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий с первых дней

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения баллов, полученных при оценке мышечного тонуса

Этап	Сегмент верхней конечности	Контрольная группа			Опытная группа		
		Шкала Эшворта	Шкала Тардые	Оценка объема активных движений	Шкала Эшворта	Шкала Тардые	Оценка объема активных движений
Этап 1	Плечевой сустав	2,0 ± 0,8	38,0 ± 16,9	48,0 ± 29,0	1,9 ± 1,4	32,0 ± 26,2	44,0 ± 26,7
	Локтевой сустав	2,6 ± 0,7	51,0 ± 18,5	40,0 ± 24,9	2,9 ± 0,7	53,5 ± 17,6	40,0 ± 27,9
	Лучезапястный сустав	2,2 ± 0,9	54,0 ± 22,2	40,0 ± 26,2	2,3 ± 1,3	45,0 ± 22,7	27,0 ± 25,4
	Пальцы кисти	1,6 ± 1,2	109,0 ± 82,1	73,0 ± 62,0	2,1 ± 1,4	105,0 ± 80,7	101,0 ± 91,7
	Большой палец руки	1,6 ± 1,1	66,0 ± 49,5	64,5 ± 51,0	2,0 ± 1,4	64,0 ± 38,4	77,5 ± 59,4
Этап 2	Плечевой сустав	2,7 ± 0,9	62,0 ± 23,9	38,0 ± 24,4	1,3 ± 1,1	13,0 ± 9,5	66,0 ± 22,7
	Локтевой сустав	3,2 ± 0,6	62,0 ± 16,9	25,0 ± 18,4	1,9 ± 0,7	28,5 ± 12,0	77,0 ± 27,9
	Лучезапястный сустав	2,9 ± 0,9	69,0 ± 22,3	34,5 ± 19,8	1,3 ± 0,8	25,0 ± 15,8	70,0 ± 38,6
	Пальцы кисти	2,8 ± 1,0	173,0 ± 55,4	58,0 ± 47,1	1,1 ± 0,7	57,0 ± 38,3	151,0 ± 85,3
	Большой палец руки	2,5 ± 1,1	107,0 ± 38,9	56,0 ± 47,2	1,2 ± 0,8	47,0 ± 26,7	105,0 ± 65,2
Этап 3	Плечевой сустав	2,9 ± 1,0	69,0 ± 23,8	36,0 ± 22,7	1,0 ± 0,8	12,0 ± 10,3	69,0 ± 21,8
	Локтевой сустав	3,9 ± 0,6	79,0 ± 11,0	18,0 ± 14,0	1,6 ± 0,5	26,5 ± 13,3	80,0 ± 28,7
	Лучезапястный сустав	3,6 ± 0,5	79,0 ± 20,8	26,0 ± 14,3	1,1 ± 0,7	25,0 ± 15,8	75,0 ± 38,7
	Пальцы кисти	3,4 ± 1,0	210,0 ± 46,2	42,0 ± 29,0	0,9 ± 0,6	54,0 ± 36,6	164,0 ± 88,5
	Большой палец руки	3,2 ± 0,6	128,0 ± 37,7	42,0 ± 32,2	1,0 ± 0,7	45,0 ± 26,4	112,0 ± 68,9

Рис. 1. Распределение опытной и контрольной групп на первом (А), на втором (Б) и третьем (В) временном интервале



развития острого нарушения мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмы, главным в современной концепции ведения пациентов со спастичностью становится отход от пассивной, выжидательной тактики, стимуляция компенсаторно-приспособительных реакций организма в период максимальной пластичности центральной нервной системы [13]. Причем наиболее эффективной признана комплексная терапия с применением нескольких технологий [4, 14]. По мнению большинства авторитетных авторов, недостаточная эффективность лечебных мероприятий связана именно с поздним началом лечения после развития структурных изменений мышц, поддерживающих и усугубляющих спастичность [2, 5, 8, 14].

Отдельной серьезной частью проблемы является адекватная профилактика спастичности. Здесь важно все: выявление предикторов высокого риска ее развития, информирование пациентов, их родственников, врачей-неврологов, к которым попадает пациент после выписки из первичного стационара, о необходимости оценки спастичности и возможности ее эффективного лечения на разных этапах и сроках реабилитации [15].

Инновационным направлением ботулинотерапии является раннее начало применения ботулотоксина с учетом предикторов спастичности [18]. На основании результатов исследования SALGOT [19] к ранним предикторам спастичности верхней конечности относятся:

- локализация очага (островков, таламус, базальные ганглии, внутренняя капсула, продольный пучок, лучистый венец);
- наличие спастичности любой степени через 4 недели после инсульта; более молодой возраст пациента;
- сенсорные нарушения в конечности/конечностях; тяжелый парез в руке; левостороннее поражение;
- раннее сокращение активности в повседневной жизни; курение в анамнезе.

Диагностика, лечение и реабилитация пациентов со спастичностью остается сложной задачей с еще не выработанными стандартными методическими подходами. В современной практике лечение спастичности откладывается до установления осложнений. Сегодня БТА-терапия в сочетании с программой нейрореабилитации, когда ее проводят в ранней стадии, направлена на обеспечение более широкого спектра доступных терапевтических вмешательств для улучшения мышечного тонуса, устранения дистонии, профилактики контрактуры и боли у пациентов [20].

Все вышесказанное обуславливает актуальность данной работы. Это обстоятельство заставляет искать, разрабатывать и внедрять в практику здравоохранения наиболее эффективный метод лечения и профилактики спастичности. Главная задача данного исследования — оценить эффективность применения ботулотоксина при лечении ранней спастичности верхней конечности с учетом предикторов спастичности.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняло участие 20 пациентов, из них сформировано две группы: опытная и контрольная, в каждой из которых состояло 10 человек. Контрольная группа состояла из 4 мужчин и 6 женщин, средний возраст которых составил 59 ± 12 лет, из них 8 пациентов с ОНМК и 2 пациента с ЧМТ. Опытная группа состояла из 6 мужчин и 4 женщин, средний возраст которых 41 ± 13 , из них 7 пациентов с ОНМК и 3 пациента с ЧМТ. Распределение пациентов по группам осуществлялось случайным путем. В обеих группах проводилась нейрореабилитация, в опытной группе она сочеталась с введением ботулотоксина на 7-е — 14-е сутки от начала заболевания. В контрольной группе введение ботулотоксина не проводилось. Критериями включения в исследование являлось: возраст от 18 до 75 лет; острый период нарушения мозгового

кровообращения или черепно-мозговой травмы; наличие предикторов и синдрома спастичности (оценка по модифицированной шкале Эшворта от 1 балла и более); отсутствие ортопедической патологии в анамнезе; отсутствие когнитивных нарушений уровня деменции. Оценка мышечного тонуса осуществлялась с помощью функциональных шкал: модифицированная шкала Эшворта (modified Ashworth Scale, mAS), модифицированная шкала Тардье (Tardieu Scale), оценка объема активных движений (ОАД). В ходе исследования оценивался мышечный тонус в разных сегментах верхней конечности, а именно: в плечевом, локтевом и лучезапястном суставе, а также мышечный тонус пальцев кисти и отдельно большого пальца руки. В исследуемых группах оценка мышечного тонуса проводилась в три этапа. На первом этапе мышечный тонус оценивался в среднем через 7-14 дней от момента начала заболевания и до проведения ботулинотерапии (в опытной группе). Второй этап подразумевал оценку мышечного тонуса через 4 недели с момента начала заболевания и на третьем этапе мышечный тонус оценивался в среднем через 10-12 недель. Введение ботулотоксина проводилось на 7-й — 14-й день с момента начала заболевания. Точное введение препарата в мышцу достигалось с помощью проведения манипуляций под УЗИ-контролем. Мышцы мишени и дозировки ботулотоксина определялись индивидуально и в основном зависели от формируемого у пациента спастического паттерна, выраженности спастичности. В среднем дозировки ботулотоксина варьировали от 100 до 150 ЕД. В исследовании использовался ботулинический токсин типа А в комплексе с гемагглютинином — препарат Релатокс®.

Все полученные данные были занесены в базу и первично обработаны в программе Microsoft Excel. Анализ данных проводился в программе IBM SPSS Statistics 23 классическими методами статистики: для

проверки на нормальность распределения был использован критерий Шапиро-Уилка. Показатели контрольной группы сравнивались с показателями опытной группы с помощью U-критерия Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента, выбор критерия основывался на результатах определения нормальности распределения. Кроме того, данные были обработаны нелинейным методом упругих карт в программе VidaExpert [16, 17]. Само исследование проводилось на базе КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» и было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все полученные данные были обработаны стандартными методами статистики. В таблице 1 представлены средние значения и стандартные отклонения баллов, полученных при оценке мышечного тонуса в контрольной и опытной группе с помощью различных функциональных шкал в различные временные интервалы исследования.

Далее находились различия между всеми группам и при помощи t-критерия Стьюдента или критерия U-критерия Манна-Уитни в зависимости от нормальности распределения, проверенной критерием Шапиро-Уилка. Между показателями, распределение которых не отличается от нормального, различия проверялись с помощью t-критерия Стьюдента, между ненормально распределенными данными — U-критерием Манна-Уитни. Достоверные различия на уровне значимости $\alpha=0,05$ были обнаружены в следующих показателях:

— при оценке с помощью модифицированной шкалы Эшворта — в показателях мышечного тонуса плечевого сустава ($p=0,009$), локтевого ($p=0,002$) и лучезапястного ($p=0,002$) суставов, пальцев кисти ($p=0,002$) и большого пальца руки ($p=0,015$) на 2-м этапе исследования и показателях мышечного тонуса плечевого ($p<0,001$), локтевого ($p<0,001$) и лучезапястного ($p<0,001$) суставов, пальцев кисти ($p<0,001$) и большого пальца руки ($p<0,001$) на 3-м этапе исследования;

— при оценке с помощью модифицированной шкалы Тардые — в показателях мышечного тонуса плечевого ($p<0,001$), локтевого ($p<0,001$) и лучезапястного ($p=0,001$) суставов, пальцев кисти ($p<0,001$) и большого пальца руки ($p<0,007$) на 2-м этапе исследования и показателях мышечного тонуса плечевого ($p<0,001$), локтевого ($p<0,001$) и лучезапястного ($p<0,001$) суставов, пальцев кисти ($p<0,001$) и большого пальца руки ($p<0,001$) на 3-м этапе исследования;

— при оценке объема активных движений — в показателях мышечного

тонуса плечевого ($p=0,023$), локтевого ($p=0,001$) и лучезапястного ($p=0,015$) суставов, а также пальцев кисти ($p=0,007$) на 2-м этапе исследования и в показателях мышечного тонуса плечевого ($p=0,004$), локтевого ($p<0,001$) и лучезапястного ($p=0,003$) суставов, пальцев кисти ($p=0,007$) и большого пальца руки ($p=0,019$) на 3-м этапе исследования.

Таким образом, статистически значимые различия между опытной и контрольной группами были обнаружены при оценке мышечного тонуса с помощью модифицированной шкалы Эшворта (mAS) и модифицированной шкалы Тардые — во всех исследуемых частях верхней конечности на втором и третьем этапе исследования, при оценке объема активных движений (ОАД) — в плечевом, локтевом и лучезапястном суставе, а также пальцах кисти (за исключением большого пальца) на втором этапе обследования и во всех исследуемых частях верхней конечности на третьем этапе.

Итак, статистически значимые различия между исследуемыми группами были найдены по всем показателям, кроме тех, которые были сняты на первом этапе (через 7-14 дней от момента начала заболевания и до проведения ботулинотерапии в опытной группе) с помощью всех трех функциональных шкал. Учитывая, что на первом этапе в опытной группе ботулинотерапия еще не была начата, отсутствие различий в показателях мышечного тонуса указывает на исходную относительно клиническую однородность обеих групп, что подчеркивает корректность исследования и подтверждает случайный характер распределения пациентов по группам. Также различия не были обнаружены между мышечным тонусом большого пальца при оценке объема активных движений (ОАД) на втором этапе (через 4 недели с момента начала заболевания).

Помимо классических способов обработки данных был также использован нелинейный метод упругих карт для выделения кластеров обследуемых. На рисунке 1 представлены 3 упругие карты, где изображено распределение обследуемых в соответствии со значениями показателей на каждом из этапов. Красным многоугольником обозначены испытуемые, которым проводилась реабилитация с проведением ботулинотерапии, зеленым треугольником — контрольная группа. На представленном рисунке можно наблюдать, как улучшается качество кластеризации от первого к третьему этапу, что говорит о значимом различии выраженности мышечного тонуса в исследуемых группах в разные временные интервалы.

На рисунке 2 показано распределение опытной и контрольной групп, учитывая значения показателей на всех трех этапах.

Для поиска наиболее информативных показателей была выполнена

Рис. 2. Распределение опытной и контрольной групп

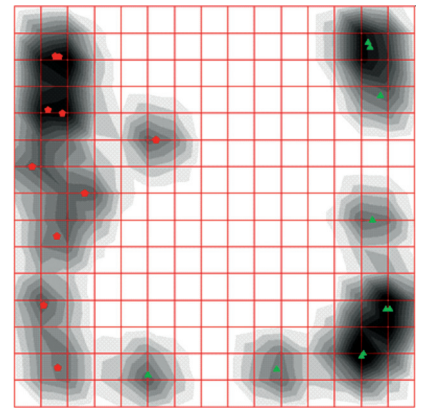


Рис. 3. Упругая карта распределения показателей

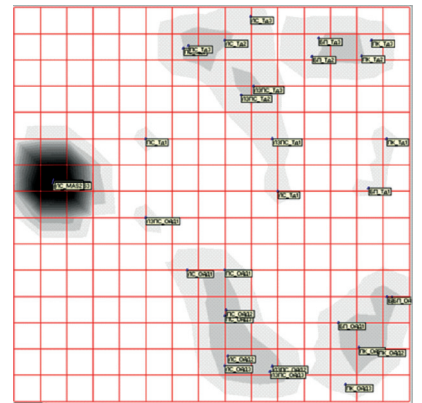
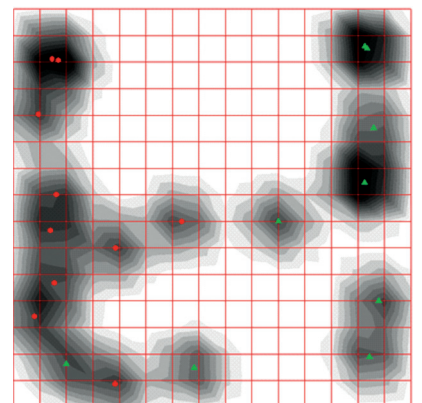


Рис. 4. Упругая карта распределения опытной и контрольной групп при исключении из анализа показателей оценки мышечного тонуса с помощью модифицированной шкалы Эшворта



двойственная задача: была построена упругая карта распределения показателей обследуемых. То есть на рисунке 3 точками в многомерном пространстве являются сами показатели, их местоположение на карте зависит от совокупности значений данного показателя у всех обследуемых. На карте видно, что некоторые из показателей слились в единую точку — это показатели оценки мышечного тонуса с помощью модифицированной шкалы Эшворта, снятые на всех трех этапах.

Исключив показатели, слившиеся в единую точку, и вновь построив упругую карту, где точками в пространстве являются обследуемые люди (рисунок 4), мы обнаружили, что качество кластеризации ухудшается. Это свидетельствует о том, что показатели оценки мышечного тонуса с помощью модифицированной шкалы Эшворта вносят значимый вклад в различие исследуемых групп и исключать их из анализа нельзя.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что пациентам в остром периоде очагового поражения головного мозга с наличием предикторов спастичности и начальными проявлениями повышения мышечного тонуса в верхней конечности (по mAS>16) проведение ботулинотерапии на ранних сроках в комплексе с реабилитационными мероприятиями значимо снижает в последующем времени (до 12 недель) степень выраженности патологического мышечного тонуса (спастичности) в верхней конечности. Это позволяет увеличить реабилитационный потенциал пациента и улучшить долгосрочный прогноз на восстановление. Кроме того, полученные результаты показывают, что начало коррекции мышечного тонуса на ранних сроках (от 7 до 14 дней от начала заболевания), возможно, позволяет сократить расходы на препарат ботулотоксина благодаря использованию небольших дозировок

для лечения еще не сформированной грубой спастичности, но это требует отдельного изучения.

Таким образом, применение ботулотоксина типа А в коррекции мышечного тонуса является эффективным при применении именно на ранних сроках, что позволяет рекомендовать активное внедрение в современную медицинскую практику данного метода лечения с пастичности у пациентов в остром периоде очагового поражения головного мозга. Важными условиями для масштабирования данного подхода в сосудистые центры и отделения нейрореабилитации являются: наличие подготовленных специалистов в области ботулинотерапии; корректная оценка патологических паттернов и соответственно целевых мышц и эффективных доз; использование методов интраинъекционного контроля (УЗИ и/или игольчатая НМГ/электростимуляция). ■

Список литературы:

1. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. — М.: МЕДпресс-информ. — 2013. — 243 с.
2. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Реабилитация неврологических больных. — М.: МЕДпресс-информ. — 2015. — 560 с.
3. Иванова Г. Е., Петрова Е. А., Гудкова В. В., Микадзе Ю. В., Гордеев М. Н., Поляев Б. А., Скворцова В. И. Система реабилитации больных с церебральным инсультом в острый период течения заболевания. Сборник лекций и тезисов «Инсульт: мультидисциплинарная проблема». — Челябинск. — 2008. — С. 28–32.
4. Королев А. А. К вопросу о ботулинотерапии постинсультного спастического пареза: механизмы действия ботулотоксина, алгоритм восстановительного лечения. // Лечащий врач. — 2012. — № 2. — С. 78–84.
5. Антипова Л. Н. Постинсультная спастичность. Аспекты выбора терапии. // Вестник МУЗ ГБ № 2. — 2011. — № 13. — С. 73–89. 7.
6. Sommerfeld D. K., Eek E., Svensson A. K., Holmqvist L. W., Arbin M. H. von. Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. // Stroke. — 2004. — V. 35. — P. 134–140.
7. Wissel J., Schelosky L. D., Scott J. et al. Early development of spasticity following stroke: a prospective, observational trial. // J Neurol. — 2010. — Vol. 257(7). — P. 1067–1072.9.
8. Орлова О. Р. Возможности и перспективы использования ботулотоксина в клинической практике. // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 14 (23). — С. 3–10.
9. Завалишина И. А., Стойда Н. И., Шитикова И. Е. Клиническая характеристика синдрома верхнего мотонейрона. В кн.: Синдром верхнего мотонейрона. Под ред. И. А. Завалишина, А. И. Осадчих, Я. В. Власова. Самара: Самарское отд. Литфонда. — 2005. — С. 11–54.
10. Kheder A., Nair K. P. Spasticity: pathophysiology, evaluation and management. // Pract. Neurol. — 2012. — Vol. 12 (5). — P. 289–298.
11. Хаткова С. Е. Лечение спастичности после инсульта. // Журнал. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — № 3. — С. 76–78.
12. Urban P. P., Wolf T., Uebele M., Marx J. J., Vogt T., Stoeter P., Bauermann T., Weibrich C., Vucurevic G. D., Schneider A., Wissel J. Occurrence and clinical predictors of spasticity after ischemic stroke. // Stroke. — 2010. — V. 41 (9). — P. 2016–2020.
13. Хаткова С. Е. Современные тенденции в лечении постинсультной спастичности с использованием ботулинотерапии (Диспорт). // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — № 8. — С. 92–99.
14. Хасанова А. Р., Агафонова Н. В. Применение различных доз ботулотоксина типа А в лечении ранней постинсультной спастичности руки. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. — № 10. — С. 68–71.
15. Хрипун А. В., Кладова И. В., Кивва В. Н., Андреева Ж. А., Прудис Е. П., Костюков Д. С., Баталина А. Ю., Гавашели Д. В., Куликовских И. В. Ботулинотерапия постинсультной спастичности: место в концепции успешной реабилитации. // Медицинский вестник Юга России. — 2016. — № 2. С. 9–16.
16. A. N. Gorban. Principal manifolds for data visualisation and dimension reduction / A. N. Gorban, A. Y. Zinovyev // Lecture Notes in Computational Science and Engineering / Ed. by A. N. Gorban, B. Kegl, D. Wunsch, A. Y. Zinovyev. — Berlin — Heidelberg — New York: Springer, 2007. — Vol. 58. — Pp. 153–176.
17. Gorban A. N. Fast and user-friendly non-linear principal manifold learning by method of elastic maps / A. N. Gorban, A. Y. Zinovyev // 2015 IEEE International Conference on Data Science and Advanced Analytics, DSAA 2015, Campus des Cordeliers, Paris, France, October 19–21, 2015. — 2015. — P. 1–9.
18. Urban P. P., Wolf T., Uebele M., Marx J. J., Vogt T., Stoeter P., Bauermann T., Weibrich C., Vucurevic G. D., Schneider A., Wissel J. Распространенность и клинические предикторы развития спастичности после ишемического инсульта. // Журнал Национальной ассоциации по борьбе с инсультом / Stroke / Российское издание. — 2010. — № 5–6. — С. 29–36.
19. Opheim A., Danielsson A., Alt Murphy M., Persson H., Sunnerhagen K. Early prediction of long-term upper limb spasticity after stroke: Part of the SALGOT study. // Neurology, 2015, 85(10). — С. 873–880.
20. Хаткова С. Е., Костенко Е. В., Похабов Д. В., Густов А. В., Калягин А. Н., Жукова Н. Г. Оценка безопасности и эффективности российского препарата Ботулотоксина А Релатокс в сравнении с Ботоксом при спастичности руки после ишемического инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика = Nevrologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika. — 2017. — № 1. — С. 71–77.

COVID-19: будни врачей в «красной зоне»

■ «КРАСНАЯ ЗОНА» ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ COVID-19. БОРЬБА С ВИРУСОМ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ ГОД. НЕСМОТРИ НА ТРУДНОСТИ, ВОДОХНОВЛЯЮТ УСПЕХИ! МНОГО ПАЦИЕНТОВ, ДАЖЕ, КАЗАЛОСЬ БЫ, БЕЗНАДЕЖНЫХ, ВЫЗДОРОВЛИВАЮТ. И ЭТО ПРИДАЕТ СИЛЫ ВРАЧАМ ИДТИ К ПОБЕДЕ.



Число заразившихся COVID-19 в Красноярском крае превысило 10 000. Врачи и медперсонал в труднейших условиях сражаются с инфекцией, не жалея сил и здоровья. Представляем вниманию читателей стихотворение «Врачам

посвящается», написанное после успешного лечения в БСМП и положенное на музыку известной военной песни Никиты Богословского «Темная ночь». Идея проекта принадлежит Сергею Шершову, доценту кафедры Сибирского государственного

института искусств им. Д. Хворостовского, автор и исполнитель произведения — красноярский предприниматель и меценат Виктор Шипунов. (<https://www.youtube.com/watch?v=tNmODJcddZs>, www.idrenome.ru).

*Темная ночь, только глаз не смыкают врачи,
Только ветер гудит в проводах, тускло звезды мерцают.
В темную ночь ненавистный нам вирус не спит,
И буквально на каждом шагу своих жертв поджидает.*

*Мы на войне, насаждает невидимый враг,
Но ни на шаг не отступят врачи от долга.
Вирус уйдет, и здоровья поднимется флаг,
Но нельзя будет просто забыть то, как были мы волком.*

*Верю в нее, верю в доблесть отважных врачей,
Эта вера с любовью меня темной ночью хранит.
Нет, не скажу, что спокоен в смертельном бою,
Но надежду я в сердце храню, чтобы там ни случилось.*

*Хворь не страшна, с ней не раз мы встречались в пути,
Вот и теперь над всем миром она кружится.
Верьте врачам, не таите же тяжесть в груди,
И всемирному морю, друзья, вы не дайте случиться.*



Куда звонить родственникам пациентов, находящихся на лечении в базовых и резервных инфекционных госпиталях Красноярска:

- Красноярская межрайонная клиническая БСМП им. Н. С. Карповича: 8 (391) 205-27-22, ежедневно с 8:00 до 20:00.
- Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона: 8 (391) 264-14-150, ежедневно с 7:00 до 19:00.
- Красноярская межрайонная клиническая больница № 4: 8 (391) 218-18-92, 8 (391) 218-18-93, в будни с 8:00 до 16:30.
- Красноярская краевая клиническая больница: 8 (391) 220-14-99, в будни с 8:00 до 16:00.
- Краевой госпиталь для ветеранов войны: прямые телефоны отделений — 8 (391) 246-94-30 и 8 (391) 246-94-12, ежедневно с 8:00 до 17:00.

Если не получилось связаться с первого раза, примите во внимание, что медперсонал стационара в этот момент может быть занят на осмотре больных, оказании экстренной помощи, проводит операции. Наберитесь терпения и перезвоните позднее.

Особенности оказания медицинской помощи больным с ОНМК и острым инфарктом миокарда в первичном сосудистом центре КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» в условиях эпидемии коронавирусной инфекции (COVID-19)

Е. Н. Кононов, В. А. Фокин, Е. А. Лисняк, Н. В. Хало, В. В. Радионов, К. В. Третьяков, В. В. Рославцева, Е. А. Рейх, Л. С. Петерсон
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона»



Евгений Николаевич Кононов,
заместитель главного врача по КЭР, руко-
водитель первичного
сосудистого центра
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона»

■ ЭПИДЕМИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ВНЕСЛА СУЩЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДОК РАБОТЫ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.

обязательными исследования МСКТ органов грудной полости;

3. Отмечалась нехватка медицинского персонала, связанная с перенаправлением специалистов сосудистых центров в ковидные бригады и болезнью сотрудников;

4. Стали менее доступны плановые исследования, предусмотренные порядком оказания помощи больным с ОНМК. Возникла необходимость выделения «чистых» и «красных» временных коридоров для обследования пациентов;

5. Оказались закрытыми почти все реабилитационные отделения.

Таким образом, в условиях пандемии стало актуальным и приоритетным изменение порядка оказания помощи пациентам с инсультом и инфарктом миокарда (маршрутизации, диагностики, базовой и патогенетической терапии) для соблюдения всех принципов безопасного предоставления медицинской помощи данной категории больных, включая реперфузионные методики и реабилитационное лечение. Для решения этой задачи в КМКБ № 20 им. И. С. Берзона была проведена серьезная реорганизация отделений первичного сосудистого центра. В первую очередь было принято решение объединить пациентов кардиологического и неврологического профиля, но разделить отделения по категориям, с учетом ковидного статуса. Таким образом, организовано 3 отделения по 60 коек. В состав каждого отделения включены 6 коек ПИТ, а также по 27 коек

неврологического и кардиологического профиля, созданы наблюдательные боксы в отделении реанимации и дополнительно развернуты койки реанимации (12 коек) в «красной» зоне. Для каждого отделения было утверждено штатное расписание, состоящее из специалистов неврологов, кардиологов и членов мультидисциплинарной бригады, включая специалистов по ЛФК, психолога и логопеда. Выделены: наблюдательное отделение, куда поступают пациенты с неизвестным эпидемиологическим анамнезом, «красная зона» для пациентов с установленным диагнозом коронавирусной инфекции по результатам мазков и «чистая зона» — пациенты с отрицательным тестом на COVID-19.

Таким образом, все экстренно госпитализированные в стационар пациенты с острой неврологической и кардиологической патологией до момента лабораторного исключения коронавирусной инфекции рассматриваются как возможно инфицированные даже при отсутствии эпидемиологического анамнеза и признаков респираторного заболевания и госпитализируются в ПИТ наблюдательного отделения, расположенного на 4-м этаже кардиологического корпуса. Если пациент поступает во время «терапевтического окна», и ему требуется проведение специализированного патогенетического лечения, включая реперфузионные методики, то данное лечение проводится на наблюдательных койках отделения реанимации

За время длящейся пандемии наметились серьезные сбои в лечении инсульта и инфаркта миокарда — ухудшение основных показателей работы, достижения которых мы добивались многие годы (количество больных, поступивших в терапевтическое окно, время от двери до иглы, время от двери до пункции артерии, количество реканализаций и т. п.).

Изучив мировой опыт работы сосудистых отделений в условиях пандемии, мы выделили ведущие проблемы в этой области:

1. Пациенты стали реже обращаться за медицинской помощью, так как появился страх посещения больницы;

2. Появились очереди на проведение МСКТ головного мозга из-за того, что всем поступающим больным стали

(обсервационные боксы), в выделенной рентгеноперационной, с неукоснительным соблюдением мер эпидемиологической защиты.

Пациентам, у которых по заключению КТ-исследования выявлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга ККБ. Общение ведется в телемедицинском режиме. Всем больным при поступлении производится забор биоматериала из носоглотки или ротоглотки для скринингового тестирования на COVID-19. Дальнейшая маршрутизация пациентов зависит от результатов мазков.

Пациенты с положительными результатами мазков поднимаются на 5-й этаж кардиологического корпуса, где расположена «красная зона», с отрицательными — переводятся в «чистую зону» для дальнейшего лечения (2-й этаж). Если пациент поступает с выявленной коронавирусной инфекцией, то он сразу госпитализируется в «красную» зону, где имеется возможность предоставления всех видов помощи, включая реабилитационное лечение.

Клинический пример:

Пациентка Я., 61 год, находилась на лечении в базовом инфекционном госпитале с диагнозом: лабораторно подтвержденная «коронавирусная инфекция», внебольничная вирусная двусторонняя полисегментарная пневмония КТ-2, ДН 0. Во время лечения у пациентки возникла очаговая неврологическая симптоматика в виде глубокого левостороннего гемипареза. NHISS — 11 баллов. Пациентке была проведена МСКТ головного мозга, выявлены ранние признаки ишемического инсульта. По шкале ASPECTS 10 баллов. Пациентка переведена в «красную» зону сосудистого центра. В условиях ОАР проведена ТЛТ альтеплазой. ТЛТ с положительной динамикой, регрессом неврологической симптоматики до 5 баллов по NHISS. Время от развития симптомов до начала ТЛТ — 1 час 20 минут.

Вывод:

Таким образом, следует отметить, что такая организация помощи позволяет пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым инфарктом миокарда получать специализированную медицинскую помощь в полном объеме, в соответствии со стандартами и протоколами, определенными приказами МЗ РФ вне зависимости от ковидного статуса. ■



В декабре 2020 года благодарные пациенты подарили коллективу 20-й больницы песню собственного сочинения. Музыкальный клип на песню можно увидеть на youtube-канале больницы.

20-Я БОЛЬНИЦА

*По всей стране родимой коронавирус мчится,
И быт нам всем привычный давно уже размыт.
Двадцатая больница — вот главная граница,
Что Красноярск спасает от беспросветной тьмы.*

*Сменив первичный профиль, она ковидной стала,
И трудятся врачи в ней буквально на износ.
Герои, о которых известно слишком мало,
И Люди с большой буквы не покидают пост.*

*Благодаря их силе мы близких обнимаем,
Благодаря их воле — наш мир не покорен.
Они, рискуя жизнью, других людей спасают.
И ими бы, уверен, гордился сам Берзон!*

*Им благодарен каждый. И Енисей охотно
Своим течением плавным навсвистывает песнь,
В которой лейтмотивом звучит в словах и нотах:
«Спасибо, дорогие! Спасибо, что вы есть!».*

С уважением и благодарностью
к работе медицинских работников,
Виктор Шипунов, красноярский предприниматель и меценат,
Сергей Шершов, доцент кафедры Сибирского государственного
института искусств им. Д. Хворостовского

Список литературы:

1. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 928н от 15.11.2012.
2. Мартынов М. Ю., Шамалов Н. А., Хасанова Д. Р., Вознюк И. А., Алашеев А. М., Харитонов Т. В. Ведение пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в контексте пандемии COVID-19. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», 2020 г.
3. Шляхто Е. В., Конради А. О., Арутюнов Г. П., Арутюнов А. Г., Баутин А. Е., Бойцов С. А. и др. «Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19». Российский кардиологический журнал, 2020; 25(3):3801.
4. Li Y., Wang M., Zhou Y., Chang J., Xian Y., Mao L. et al. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study. [Electronic resource]. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Acute-Cerebrovascular-Disease-Following-COVID-19>.

Им ничего не хочется

По материалам газеты «Городские новости»,
автор Анастасия Мельникова



Андрей Владимирович Ланденок,
психолог КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н. С. Карповича»

■ ТРЕВОГА, БЕСПОКОЙСТВО, ПЛОХИЕ МЫСЛИ – ПАЦИЕНТЫ С КОРОНАВИРУСОМ ЧАСТО НАХОДЯТСЯ В ПОДАВЛЕННОМ, ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ. В «КРАСНОЙ ЗОНЕ» КОВИДНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ БСМП ТАКИМ ЗАБОЛЕВШИМ ПОМОГАЮТ ПСИХОЛОГИ.

Психолог Андрей Ланденок, работающий с пациентами инфекционного госпиталя БСМП, рассказывает о выстраивании взаимодействия с больными для достижения общей цели по их выздоровлению.

— **Андрей Владимирович, насколько важна психологическая поддержка для заболевших коронавирусом?**

— Помощь психолога необходима для всех пациентов, независимо от диагноза. Ведь человек, серьезно заболевший, лишившись привычного ритма жизни, неизбежно погружается в состояние душевного кризиса. В сегодняшней тревожной обстановке неизвестности пациенты с коронавирусом особенно нуждаются в нашей помощи. Специфика заболевания коронавирусной инфекцией способствует возникновению депрессивного состояния, возникающего на фоне высокой температуры, затрудненного дыхания, тревоги за свое самочувствие, страха смерти. Многим из-за нехватки кислорода снятся кошмары. Заболевшие чувствуют себя подавленно, у них нет настроения заниматься чем-либо.

— **Стоит ли бороться с депрессией, или лучше выдержать паузу до полного выздоровления?**

— В беседе с пациентами мы делаем акцент на то, что подавленное психологическое состояние — это норма при данном заболевании. Именно коронавирус является причиной его депрессивного мироощущения, а не то, что в жизни все вдруг стало плохим. Когда человек тяжело болеет, он становится чувствительным к критике, обидчивым, ранимым. Или напротив — раздражительным и вспыльчивым. А может и замкнуться в себе.

Но это состояние временное; по мере того как человек будет выздоравливать, его настроение будет становиться лучше. Не нужно заикливаться на негативных аспектах. Очень помогает тест на перечисление ежедневных, хоть и маленьких, достижений на пути к выздоровлению: температура постепенно нормализуется, дыхание становится легче, появляется аппетит, уходит слабость... Акцент на положительные моменты выводит больного из минорного настроения, а вместе с хорошим настроением появляются силы для победы над недугом.

Признаки депрессии из-за коронавируса:

Мыслительные признаки. У пациентов отмечаются сложности при принятии решений, концентрации внимания, сосредоточении, медлительность мышления, преобладание негативных мыслей, пессимизм за будущее из-за отсутствия перспективы, суицидальные намерения по причине беспомощности.

Эмоциональные признаки. Больные испытывают отчаяние, тоску, страдания, угнетенность, тревожность за близких, внутреннее напряжение, раздражительность, снижение уверенности.

Поведенческие признаки. Пациенты отказываются от какой-либо активности, утрачивают интерес к общению, стараются уединиться.

Физиологические признаки. Нарушаются аппетит, сон, работа кишечника, люди испытывают боли в теле, общую физическую усталость.





— **Вы работаете с пациентом столько, сколько потребуется для улучшения его психологического состояния?**

— Все пациенты разные. Некоторые начинают улыбаться и шутить уже после первой беседы — значит, систематическая поддержка не требуется. Не нужна она и таким больным, кто понимает, что плохое настроение возникло на фоне болезни, и сами стараются выйти из кризиса. Но есть очень тревожные, беспокоящиеся больные, с ними работаем многократно.

— **Пациенты какой возрастной группы чаще всего относятся к категории беспокоящихся больных?**

— Это совершенно разные по возрасту люди. Во многом их состояние зависит от личностных черт. Если человек сам по себе тревожный, мнительный, во время болезни тревога будет усугублять его общий эмоциональный фон. Если же умеет мобилизовать себя в жизни, то, и заболев, будет настраиваться на позитив. Верить, что все будет хорошо.

— **Ваш основной метод работы в ковидных отделениях — беседы, или есть другие методики?**

— В условиях стационара нет возможности собирать групповые занятия. Многие пациенты лежат под кислородом, испытывают сильную слабость, у некоторых нет сил встать с постели. Но, повторю, есть прямая корреляция между состоянием здоровья и эмоциональным состоянием. Зачастую бывает и так. Общаюсь в понедельник с больным без настроения и жизненных сил, а уже в пятницу он сидит и улыбается, радуясь, что жизнь вернулась.

— **Существует ли обратная связь, как позитивный настрой влияет на скорость выздоровления?**

— Все зависит от личностных характеристик больного. Повторю, если у человека присутствует способность к саморегуляции, он умеет мобилизовать себя и переключать свое внимание, то, конечно, это помогает ему проще перенести заболевание и быстрее выздороветь.

— **Пациенты, с которыми вы работаете, испытывают чувство вины: переживают, что могли заразить кого-то из близких?**

— Случаи поиска виновных в заболевании или присутствие чувства вины — единичны. Чаще мы слышим, особенно от пожилых людей, что они не понимают, где могли заразиться, ведь не ходили никуда, кроме магазина, ни с кем не общались. Мы стараемся отвлечь людей от этих мыслей. Объясняем, что главное сейчас — настроиться на выздоровление. А как вирус попал в организм, уже не имеет значения. Не нужно тратить на это силы.

— **Нуждаются ли врачи, работающие в ковидных отделениях, в психологической поддержке, в том числе чтобы избежать профессионального выгорания?**

— Мы готовы предложить свою помощь врачам, но пока к нам никто не обращается. Сотрудники, работающие в «красной зоне», слишком заняты. Там очень непростая обстановка, но мы всегда готовы помочь. Когда приходим в ординаторскую за списками пациентов, нуждающихся в психологической поддержке, напоминаем докторам, что мы открыты для всех.

— **То есть лечащие врачи выбирают, кто из пациентов нуждается в консультации психологов?**

— Лечащий врач ведет больного, он прекрасно знает, в каком состоянии находится пациент. И если больной испытывает депрессивно-тревожные настроения или беспокойство, рекомендует беседу с нами. Чаще всего к разговору в палате присоединяются другие пациенты, задают вопросы. Интересуются причиной своего состояния. Мы всегда даем возможность высказаться, консультируем, оказываем помощь.

— **Чего больше всего боятся заболевшие коронавирусом, какие вопросы задают?**

— Думаю, смерти, особенно возрастные люди. Как правило, мы работаем с пациентами со средней тяжестью заболевания. Те, кому совсем плохо, лежат на ИВЛ, им не до консультаций психолога.

Перед беседой с больным я обязательно разговариваю с лечащим врачом, узнаю динамику, чтобы понимать, какие есть улучшения. И потом обсуждаю позитивные моменты с пациентом, раскладывая ситуацию по фактам. Объясняю, что он идет на поправку, советую думать о хорошем.

Мне очень повезло, что я работаю в замечательной команде коллег и единомышленников. Вместе мы помогаем пациентам пережить их личную и общую по палате сложную жизненную ситуацию. Не скрою, что каждый из нас, заходя в «красную зону», испытывает страх, но люди нуждаются в нашей помощи, а значит, мы будем помогать! ■

Адаптация пациентов с ОНМК и ковидной инфекцией в стационаре

А. В. Анохина, Е. Н. Кононов, В. А. Фокин, Н. В. Хало
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона», г. Красноярск



Александра Валерьевна Анохина,
клинический психолог
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона»

■ КМКБ № 20 ИМЕНИ И. С. БЕРЗОНА СТАЛА ПЕРВОЙ, ГДЕ БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ И СОЗДАНЫ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК И ИМЕЮЩИХ ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ДИАГНОЗ «НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ». ПО ИСТЕЧЕНИИ МЕСЯЦА РАБОТЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БАЗОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ МОЖНО ДАТЬ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ И ПЕРСОНАЛУ ДЛЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ.

Кажое время вносит свои коррективы в портрет пациента. Ситуация, когда все мы столкнулись с новой коронавирусной инфекцией, также внесла свои изменения в пребывание пациента в стационаре и в особенности его лечения.

Сегодняшний пациент, как правило, образован, активно интересуется медицинскими источниками информации, но в то же время доверяет парамедицинским, «народным» методам лечения, рекомендациям из сети Интернет. Пациент требователен к врачебным назначениям,

но склонен игнорировать те рекомендации, что подразумевают ограничения в излюбленных занятиях, еде и вредных привычках. Средства массовой информации зачастую излишне запугивают людей, рассказывая о числе зараженных и погибших от нового вируса. Информация о том, чем и как лечить, тоже берется из интернета, синдром ОБС («одна бабка сказала») очень живуч.

Платные клиники, медицинские услуги наложили не меньший отпечаток на менталитет больных, среди которых все чаще встречаются эгоцентрики, не понимающие, что если «клиент всегда прав», то пациент прав далеко не всегда. Однако независимо от типа реакции пациента врач обязан знать особенности каждого психотипа и учитывать их при разработке стратегии лечения. Это позволяет минимизировать вероятность возникновения деструктивных психосоматических состояний, которые могут навредить ходу лечебного процесса.

Психотравмирующими действиями обладает сам патологический процесс, длительность заболевания, дефицит информации о своем состоянии, недостаточно индивидуализированный подход к пациенту, отсутствие адаптивной эмоциональной поддержки. Высокий уровень беспокойства и фрустрации ухудшает процессы восстановления. Неблагоприятное влияние на психоэмоциональное состояние оказывает низкая сатурация, которая часто встречается у пациентов, болеющих новой коронавирусной инфекцией, так как это приводит к нарушению свертываемости крови и ее реологических свойств. Меняется психоэмоциональное состояние и когнитивные функции пациента. Успех лечения зависит как от квалификации персонала и его умения индивидуально подойти к больному, так и от положительного воздействия внешних факторов на психоэмоциональную сферу пациента в процессе лечения.





Особенности лечения и общения в ковидном госпитале:

— Медперсонал работает в СИЗ. Это несколько обезличивает сотрудников и устрашает больных, мешает общению (разговор через маску бывает затруднителен для пациентов, имеющих расстройства речи и слуха). Часто пациенты испытывают чувство тревоги: «Неужели мы настолько заразны? Как я буду жить после выписки? Смогу ли я заразить своих близких?» И все это на фоне одного из тяжелых заболеваний столетия. Инсульт сам по себе является стрессовой ситуацией, часто сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами, которые приводят к хронизации и усугублению тяжести состояния больных.

— Пациенты изолированы в своих палатах, передвижения по коридору ограничены. Такая обстановка не способствует общению, действует угнетающе, заставляет чувствовать себя беспомощными и ограниченными в пространстве.

— Больной хочет знать, какие лекарства ему назначены и для чего. Часто средний медперсонал ограничивается ответом: «Спросите у врача». Это усиливает тревогу.

— Часто лечение сопровождается расстройством ЖКТ на фоне приема антибиотиков. Пациенты испытывают стыд перед соседями по палате при отправлении естественных надобностей.

— Слабость, которая также сопровождает пациента в этот период, вынуждает его отказываться от пищи и реабилитационных занятий.

— Часто ставятся завышенные цели и ожидания от лечения.

— Запрещены свидания с родственниками (по объективным причинам), что вводит пациента в тоскливое состояние.

— Деперсонализация (обезличивание) пациентов персоналом. Это одна из наиболее существенных причин, вызывающих неприятные переживания

пациента в больнице. Встречается формальное обращение по фамилии или просто «бабка», «дед» и пр., что является недопустимым.

Что же делать? Как помочь пациенту адаптироваться к совершенно новым условиям пребывания в стационаре и вообще к своему состоянию?

Что может сделать медицинский персонал:

— Все СИЗы подписывать, чтобы пациент видел, с кем общается. Лучше использовать для этого не черный маркер, а зеленый или розовый. Больные говорят, что черный цвет их пугает.

— Стараться говорить с пациентом внятно, громче и медленнее, чем обычно.

— Обязательно называть больного по имени и отчеству.

— Рассказывать о проводимом лечении и результатах диагностики.

— Ставить перед пациентом и собой реальные цели и объективно оценивать его возможности на данном этапе лечения.

— Мотивировать на успех.

— Формировать чувство ответственности у пациента за его лечение и здоровье (например, отказ от вредных привычек и т. д.).

— Погружать больных в доверительную среду, например, проводя «школы пациентов» по палатам. Это своеобразный ликбез, в ходе которого больной видит, что он не один, видит людей, которые оказались в той же ситуации, начинает общаться с ними после занятий.

Как для лучшей адаптации вести себя пациенту:

— Не сдерживать эмоции в ответ на раздражение. Хотите смеяться — смейтесь, плакать — плачьте. Эмоции должны быть выпущены всеми возможными и простыми способами.

— Если что-то не поняли в объяснении медработника, всегда переспросите. Переспросите столько раз, сколько вам нужно для понимания.

— Все люди имеют физиологические потребности. В этом нет ничего постыдного. Если все же тяжело при соседях по палате совершать гигиенические процедуры, всегда можно попросить ширму.

— Ставьте перед собой каждый день маленькие цели, которые приведут вас к скорейшему выздоровлению. Поощряйте себя за достижение этих целей. Закажите родственникам свое любимое блюдо или фрукт.

— Не отказывайтесь от реабилитационных занятий. Даже выполняя их каждый день по чуть-чуть, вы сможете получить хорошие результаты.

Как могут помочь родственники:

— Приносите своим близким продукты — природные антидепрессанты: изюм, бананы, кинзу, сельдерей, зеленые овощи.

— Чаще говорите по телефону, как вы любите и ждете домой.

— Рассказывайте о домашних питомцах (если есть), как вы о них заботитесь, пока хозяин или хозяйка лечатся. Можно передать фото животного. Часто больные переживают за своих любимцев.

— Передайте какой-нибудь маленький предмет, который будет напоминать о доме (любимую подушечку-думочку, маленькую игрушку ребенка или внука).

— Хвалите за их достижения (стал сам есть, сидеть, вставать, ходить и т. д.).

— Плохие новости и страшилки (сколько умерло от ковида и пр.) будут совершенно не уместны.

— Держите контакт с лечащим врачом в строго отведенное для этого время. Заранее запишите интересующие вопросы на листочек, чтобы сэкономить время врача и свое.

— Знайте, что сейчас все медработники работают на возможности своих сил, спасая и рискуя каждый день!

И самое важное для всех нас, в плотную соприкоснувшись с новой коронавирусной инфекцией, почаще вспоминать слова мудрого царя Соломона: «И это тоже пройдет!» ■

Репродуктивный выбор

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



Виктория Владимировна Андреева,
психолог КГБУЗ «КМКБ № 4»

«Будет отговаривать», — вероятнее всего подумала бы женщина. Так ли это? И зачем женщине, решившейся на аборт, нужно общение с психологом?

Незапланированная беременность — это кризисное состояние, которое можно сравнить с разводом, потерей работы, с любой чрезвычайной ситуацией. Это особое эмоциональное состояние, когда происходит что-то неожиданное, и человек часто реагирует на происходящее страхом, поскольку его жизнь резко меняется.

Как правило, в случае известия о незапланированной беременности

■ КАЖДАЯ ЖЕНЩИНА, КОТОРАЯ ХОТЯ БЫ РАЗ ИСКАЛА ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ, ЗНАЕТ, ЧТО В РОССИИ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ НАПРАВЛЕНИЕ НА АБОРТ, НУЖНО ПООБЩАТЬСЯ — ПРОЙТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГА НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ № 572Н ОТ 01.11.2012 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ».

женщина склонна испытывать растерянность. Иногда это чувство бывает очень сильно выражено и доходит до уровня шока. Женщины испытывают тревогу, панику, беспомощность, вину, злость. Ну не ждала женщина сейчас ребенка. Очень часто у женщины нет поддержки в такой ситуации, а близкие говорят: «Решай сама». Или оказывают давление. Женщина оказывается в тяжелом эмоциональном состоянии.

Психологическое состояние в кризисной ситуации включает еще так называемый эффект туннельного зрения. Под влиянием негативных эмоций человек видит только негативную сторону ситуации, будущее также видится в негативном свете, и из множества возможных вариантов развития событий и собственного поведения виден только один (как будто находится в туннеле). Молодая девушка может бояться агрессии со стороны

родителей, если она сообщит им о беременности. Родители в свою очередь совершенно не обязательно рассердятся, а во-вторых, можно подготовиться к этому разговору и провести его так, чтобы обеспечить свою психологическую безопасность. Жена, поссорившись с мужем, решает прервать беременность, даже не попытавшись с ним помириться, а иногда и просто «на зло».

На основании информации министерства здравоохранения Красноярского края выявление причин прерывания беременности по желанию женщины осуществляется путем анкетирования, в результате которого 61 % женщин указывают на неудовлетворенность своим финансовым положением, 21 % женщин не устраивают жилищные условия, 21 % женщин отмечают нестабильность отношений с отцом ребенка. Среди остальных причин прерывания





беременности были названы желание жить для себя, давление со стороны близких, другие планы.

Ежегодно в России совершается более полумиллиона аборт, однако ежегодно их число снижается. Стойкую тенденцию к снижению абсолютного числа прерывания беременности во всех возрастных группах женщин обеспечивает системная и целенаправленная работа по профилактике аборт и сохранению репродуктивного здоровья населения. Осуществляется ежеквартальный мониторинг ситуации с абортми с принятием оперативных мер,

1637 (13 %) женщин решили сохранить беременность. Это не просто цифры — это 1637 маленьких людей с большой жизнью.

В 2019 году в кабинете психолога КГБУЗ «КМКБ № 4» 322 женщины прошли консультирование в ситуации репродуктивного выбора перед проведением аборт. По итогу консультации 35 (11 %) женщин приняли решение сохранить беременность, что в свою очередь пополнило общую статистику сохраненных беременностей.

Таким образом, особенность психологического консультирования женщин перед прерыванием беременности, за-

Тогда уже возможно вместе рассматривать жизненную ситуацию, выявить истинную причину, искать внутренние и внешние ресурсы для преодоления жизненных трудностей, также увидеть более реальную картину своего настоящего и будущего, часто искаженную страхом и тревогой. После разбора жизненной ситуации выявляется первопричина. Часто она психологическая, связана с отношением к себе, личным отношением к материнству, с отношениями в паре. Прерывание беременности никак не решит эти проблемы, скорее может усугубить уже имеющиеся.



направленных на снижение распространенности аборт. Одним из действенных методов профилактики нежелательной беременности является применение методов контрацепции по рекомендации врачей. Так, в Красноярском крае, на основании информации министерства здравоохранения, за 8 месяцев 2019 года было проведено 11 623 прерывания беременности, за восемь месяцев 2020 года — 10 346, что на 11 % меньше, чем за аналогичный период 2019 года. Всего в Красноярском крае в 2019 году в медицинские учреждения Красноярского края обратились 12 123 женщины по поводу нежелательной беременности. Из них 12 070 человек получили консультацию психолога в ситуации репродуктивного выбора. После консультации психолога, а во многих медицинских учреждениях и консультации специалиста по социальной работе,

ключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию. Согласно психологической терминологии такие женщины обозначены как «немотивированные клиенты». Задача психолога — преодолеть естественное сопротивление и установить контакт с женщиной, помочь ей снизить градус негативных эмоций: страха, тревоги, напряженности.

Каждый психолог, консультирующий женщин в ситуации репродуктивного выбора, владеет разными техниками и приемами, которые позволяют женщине самой искать ответы на вопросы и принимать решение, увидеть свое будущее с ребенком и без, понять свои истинные чувства и потребности, которые совсем не лежат на поверхности. ■

Список литературы:

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

Безопасность врачей и пациентов

Т. А. Окладникова
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Татьяна Алексеевна Окладникова,
менеджер отдела контроля качества
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Далеко не с первых шагов все проходило гладко. Пандемия всех нас выбила из привычного течения жизни. Вокруг много неизвестных моментов, фактически «минное поле». Впервые столкнувшись с пандемией, медики, и не только, почувствовали растерянность, и неуверенность, но превалировало над всем огромное желание как можно быстрее все исправить! ВЫЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ и ПОБЕДИТЬ ВИРУС!

Незамедлительное усиление противоэпидемических мероприятий коснулось всей больницы в целом, в «красной» же зоне, где медицинский персонал непосредственно контактирует с пациентами, заболевшими COVID-19, а также с подозрением на COVID-19, был предусмотрен особо строгий режим.

Во всей больнице были установлены санитайзеры, отделения бесперебойно снабжаются средствами индивидуальной защиты. Соблюдение таких элементарных, но в то же время таких важных мер самозащиты контролируется администрацией больницы.

На первых же этапах начала распространения вируса COVID-19 на территории Красноярского края

■ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА COVID-19 ДЛЯ КМКБСМП — ЖИЗНЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ. С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С COVID-19, НАРЯДУ С РАЗРАБОТКОЙ И ВНЕДРЕНИЕМ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭЛЕМЕНТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК).

нами был разработан и внедрен опросник пациента в связи с эпидемической ситуацией по коронавирусу. С его помощью формируется эпидемиологический анамнез, что позволяет выстроить дальнейшую тактику оказания медицинской помощи пациенту.

Во избежание распространения вируса в отделениях организован забор биологического материала на определение COVID-19 один раз в 8-10 дней. Для этой цели в приемном покое выделен специальный кабинет. Для сотрудников, которые работают в инфекционном госпитале, кроме средств индивидуальной защиты, инструктажа и специальных условий

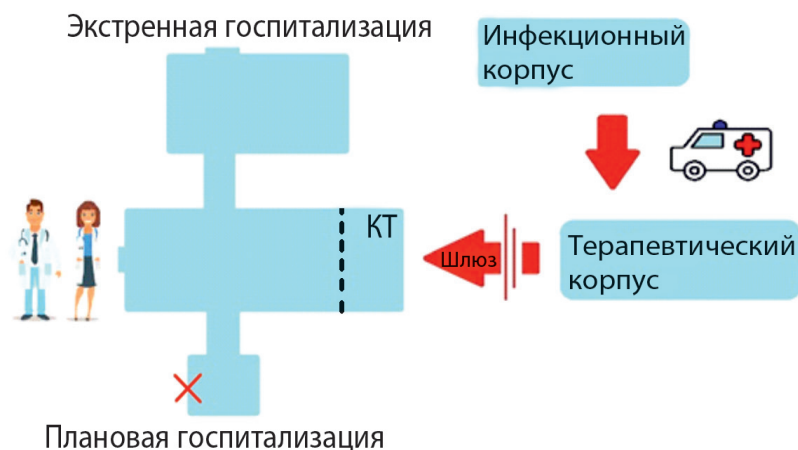
работы, предусмотрены дополнительная медицинская страховка и регулярное тестирование на COVID-19.

Важным условием было изменение маршрутизации пациентов в приемном отделении. Для пациентов с подозрением на COVID-19 был дополнительно организован отдельный вход и коридор со шлюзом, по которому проходили все пациенты с повышенной температурой. До приобретения компьютерного томографа ПАО «ГМК «Норильский никель» в инфекционный корпус был организован отдельный лифт и отдельный шлюз, выделено специальное время для транспортировки пациентов с COVID-19 на КТ. Транспортировка

Цели и задачи СМК, стоящие перед коллективом КМКБСМП



Маршрутизации пациентов в приемном отделении



пациентов к томографу из отдельно стоящих корпусов госпиталя осуществлялась на специально выделенном, приобретенном за счет спонсоров, оборудованном транспорте в определенный временной интервал.

Были организованы ежедневный режим обработки кабинета КТ и коридоров специальной установкой «Альфа»-УИКБ-01; мониторинг состояния кабинета на предмет качества проводимой обработки путем снятия проб воздуха, смывов с поверхностей. Забор и контроль показателей проводился бактериологической лабораторией нашей больницы.

При вводе каждой новой смены в инфекционный госпиталь организована система подготовки медицинского персонала в несколько этапов. Первоначально проводится вводный инструктаж и просмотр учебно-методического фильма, в котором подробно описывается процесс самозащиты и защиты окружающих. Специалистам важно привыкнуть к работе в защитном костюме и отточить при работе в нем привычные медицинские манипуляции. И уже при заходе в «красную зону» руководителем COVID-19-госпиталя проводится входящий контроль знаний.

Всего в госпитале трудятся 24 врача-инфекциониста, в том числе 12 врачей-инфекционистов высшей квалификационной категории, 2 кандидата медицинских наук, 2 доктора медицинских наук. За их плечами огромный опыт работы с тяжелейшими клиническими случаями. Именно по этим причинам в нашу больницу и с новой коронавирусной инфекцией поступают самые тяжелые пациенты. Помимо опытных инфекционистов в работу госпиталя вовлечены врачи-стажеры — врачи других специальностей, а также клинические ординаторы,

предварительно прошедшие 36-часовое обучение. Весомый вклад в работу госпиталя внесли студенты Красноярского базового медицинского колледжа им. В. М. Крутовского и Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, на должностях среднего и младшего медицинского персонала. Студентов, проживающих в обсерваторах, обеспечили всем необходимым для успешной учебы, в том числе, было закуплено несколько ноутбуков для подготовки к сессии.

В больнице впервые в Красноярском крае был организован обсерватор для медицинских работников, определены беспрерывно сменяющие друг друга смены специалистов — каждая смена, работающая в течение 3-5 недель, поочередно проживала в обсерваторе.

Крайне важно было организовать комфортные условия проживания. Не просто комфортных, а максимально

приближенных к домашним — начиная от обеспечения всеми необходимыми предметами быта, заканчивая настольными играми. После долгой тяжелой смены медработник должен расслабиться, набраться сил.

В обязательном порядке осуществлялось снабжение продуктами питания. В своем временном доме медперсонал дружно готовил. Но, разумеется, дружно было не сразу. С психологической точки зрения, бесспорно, тяжело находиться с одними и теми же людьми в закрытом пространстве. Штатными психологами осуществляется оперативная психологическая поддержка в онлайн-режиме.

Для кофеманов, и просто для поддержания энергетического баланса, инфекционные отделения снабжены новенькими кофемашинами. Помимо этого, были закуплены спортивные тренажеры, чтобы досуг медперсонала был разнообразен и нес пользу их собственному здоровью.

В летние месяцы для медицинских работников, находящихся на карантине, после выхода из «красной зоны» была организована возможность проживания в доме отдыха «Родничок» с полноценным питанием.

В целях повышения уровня удовлетворенности пациентов доступностью медицинской помощи, а также информирования родных и близких пациентов в условиях отмены посещений, связанных с карантином, в КМКБСМП был создан Единый информационный центр, который уже успел доказать свою необходимость и успешное функционирование: существенно уменьшилось число конфликтных, резонансных ситуаций.

Соблюдение всех правил и требований безопасности позволяет нам сохранить здоровье окружающих и свое собственное. ■



Токсикологическая помощь населению Свердловского района города Красноярск

О. Г. Коньшина, Д. А. Кучеренко, Л. В. Труфанова



Ольга Геннадьевна Коньшина,
врач анестезиолог-реаниматолог
КГБУЗ «КССМП»

■ В КРАСНОЯРСКЕ СКОРУЮ ПОМОЩЬ ГОРОЖАНАМ ЕЖЕДНЕВНО ОКАЗЫВАЮТ 97 МЕДИЦИНСКИХ БРИГАД.

В состав КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи» входит несколько подстанций, расположенных в разных районах города Красноярск: подстанция скорой медицинской помощи № 1 (ул. Республики, 17); подстанция скорой медицинской помощи № 2 (ул. Академика Павлова, 66); подстанция скорой медицинской помощи № 3 (ул. 2-я Краснофлотская, 7 б); подстанция скорой медицинской помощи № 4 (ул. Курчатова, 17); подстанция скорой

медицинской помощи № 5 (пр. Metallurgov, 2к); подстанция скорой медицинской помощи № 6 (ул. Парашютная, 19).

■ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ:

По этиопатогенезу:

1. Случайные отравления;
2. Преднамеренные отравления (суицид, ятрогенные);
3. Производственные;
4. Бытовые.

Клинические симптомы при отравлениях:

Симптом	Этанол	Барбитураты	Бензодиазепины
Зрачок, сознание	Мидриаз, возбуждение, кома	Сопор, кома	Сопор, кома
Кожные покровы, слизистые оболочки	Гиперемия, гиперсаливация	Барбитуратовый ожог	Потливость
Судороги	Возможны	Миорелаксация	Миорелаксация
Пульс, ЧСС	Тахикардия, брадикардия	Не изменено	Не изменено
Артериальное давление	Гипертензия, гипотония	Гипотония	Гипотония
Дыхание	Тахипноэ	Угнетено	Угнетено
Боли в животе	Нет	Тошнота, рвота	Тошнота, рвота
Диспепсия	Нет	Тошнота, рвота	Тошнота, рвота
Зрение	Не изменено	Нистагм	Нистагм

Симптом	Антидепрессанты	Психодислептики	Опиаты
Зрачок	Мидриаз	Мидриаз	Миоз
Сознание	Мидриаз	Мидриаз	Миоз
Кожные покровы	Мидриаз	Мидриаз	Миоз
Слизистые оболочки	Сухость	Влажные	Бледные, влажные
Судороги	Возможны	Есть	Есть
ЧСС	Тахикардия	Тахикардия	Брадикардия
пульс	Тахикардия	Тахикардия	Брадикардия
Артериальное давление	Не изменено	Гипертензия, гипотония	Гипотония
Дыхание	Угнетено	Угнетено	Угнетено
Зрение	Спазм аккомодации	Не изменено	Не изменено
Боли в животе	Парез кишечника	Рвота	Рвота
Диспепсия	Парез кишечника	Рвота	Рвота

Токсикология — наука, изучающая закономерности развития и течения патологического процесса (отравления), вызванного воздействием на организм человека или животного ядовитых веществ. (Голиков С. Н., 1972)

В период работы 2017–2019 годы в специализированной реанимационной бригаде населению Свердловского района города Красноярск оказана следующая токсикологическая помощь:

Показатели	2017 год		2018 год		2019 год	
Год	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Всего	52	100	37	100	55	100
Наркотическое опьянение	20	38,4	11	29,7	13	23,7
Алкогольное опьянение	15	28,8	9	24,3	27	49,1
Отравление кислотами, щелочами	4	7,7	1	2,7	2	3,6
Отравление лекарственными средствами	12	23,2	14	37,9	7	12,7
Отравление продуктами горения	1	1,9	2	5,4	6	10,9

По пути поступления:

1. Пероральные;
2. Парентеральные;
3. Ингаляционные;
4. Перкутанные;
5. Смешанные.

По тяжести состояния:

1. Легкие;
2. Средние;
3. Тяжелые;
4. Крайне тяжелые;
5. Смертельные.

Классификация отравлений по клиническому признаку предусматривает прежде всего учет особенностей их клинического течения. Острые отравления развиваются при одномоментном поступлении в организм токсической дозы вещества и характеризуются острым началом и выраженными специфическими симптомами.

Нозологическая классификация основана на названиях отдельных химических препаратов (метиловый спирт, мышьяк, угарный газ и пр.) или группы веществ (лекарственные препараты, кислоты, щелочи и пр.)

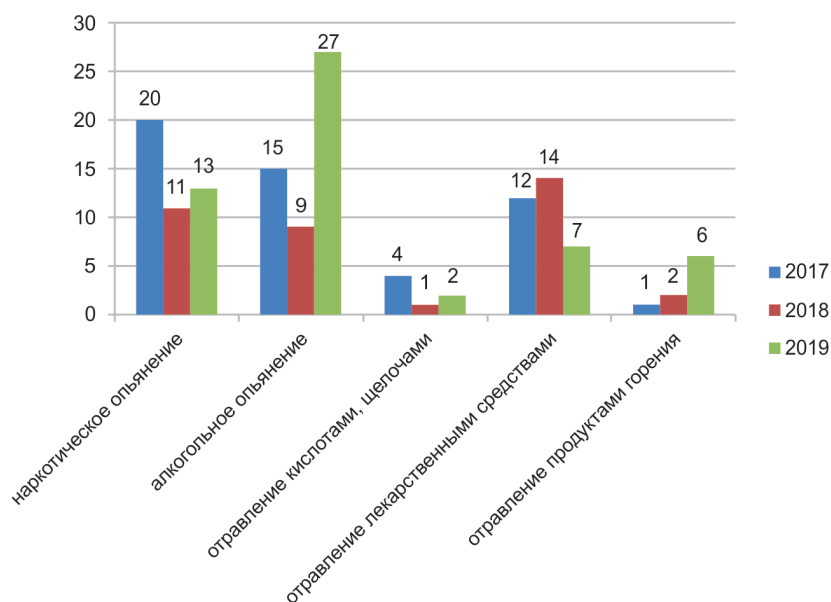
Диагностика острых отравлений на догоспитальном этапе основана:

1. Анамнез (факт приема токсического вещества);
2. Осмотр места происшествия;
3. Физикальное обследование;
4. Выявление специфических симптомов и синдромов.

■ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА:

1. Коррекция витальных нарушений:

- при нарушении сознания и угнетения дыхания проводится интубация трахеи и перевод на ИВЛ;
- при возникновении судорог, купирование судорожного синдрома: реланиум 5 мг/мл — 2 мл;
- купирование психомоторного возбуждения: аминазин 25 мг/мл — 2 мл;



— при нарушениях ритма и проводимости: кордарон 50 мг/мл — 6 мл, атропин сульфат 0,1 % — 1 мл, беталок 1 мг/мл — 5 мл.

— при диспепсических расстройствах: метоклопрамид 5 мг/мл — 2 мл;

— инфузионная терапия: кристаллоиды и коллоиды, реамберин.

Инотропная стимуляция по показаниям. Респираторная поддержка.

Транспортировка больного в токсикологическое отделение.

2. Мероприятия по удалению яда:

- для удаления яда используют промывание желудка;
- стимуляция рвоты;
- назначение сорбентов.

3. Антидотная терапия.

■ ВЫВОДЫ:

За три отчетных года обслужено 144 вызова, из них в 2017 году — 52 случая, в 2018 году — 37 случаев, в 2019 году — 55 случаев. В 2017 году количество вызовов к больным в наркотическом опьянении составило 20 случаев, в 2018 году их количество уменьшилось на 11 случаев, в 2019 году — 13 случаев. Показатель помощи больным в алкогольном опьянении вырос — в 2019 году до 27 случаев, в 2017 до 15 случаев, в 2018 году до 9 случаев. Уменьшилось количество отравлений лекарственными средствами, что в 2019 году составило 7 случаев, в сравнении с 2017 и 2018 годами — 12 и 14 случаев соответственно. В 2019 году на 6 случаев возросло количество отравлений продуктами горения. ■

Список литературы:

1. Диагностика и неотложная помощь при острых отравлениях. — Красноярск, 2009 год.
2. Лужников Е. А. Медицинская токсикология, национальное руководство. — М. ГЭОТАР — Медиа, 2012.

Наше родное прошлое...

А. О. Бабушкин



Александр Олегович Бабушкин,
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

Эту статью я хочу посвятить воспоминаниям о проведении в БСМП так называемой общественно-политической работы. Должно быть, у коллег молодого поколения тема статьи вызовет улыбку, но в ритме нашей прежней жизни это направление было вполне естественным и органичным. Ведь у всех мероприятий, проводимых по линии общественно-политической работы, была единая цель: контроль дисциплины и порядка в

■ ПРОСМАТРИВАЯ МАТЕРИАЛЫ ФОТОАРХИВА, КАЖДЫЙ ИЗ НАС НЕВОЛЬНО ИСПЫТЫВАЕТ ТРЕПЕТНОЕ ЧУВСТВО ОТ ПОГРУЖЕНИЯ В БЫЛЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ. В ТЕ ДОБРЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДНИ ПРОШЛЫХ ЛЕТ: СТУДЕНЧЕСТВО, СТАНОВЛЕНИЕ В ПРОФЕССИИ, ПЕРИОД РАБОТЫ В БСМП.

коллективе. Смее утверждать, что возглавляли эту работу достаточно ответственные и добросовестные люди.

Не спеша, перебираю черно-белые фрагменты былой эпохи. Вот зал торжественного собрания. Серьезные лица коллег в почетном президиуме. А здесь фотографу удалось запечатлеть веселое настроение участников первомайской демонстрации. Следующий снимок рассказывает о празднике Великого Октября, с праздничной трибуны звучат слова: «Голосуем за Советы!» С дугой фотографии смотрят серьезные лица комсомольцев, присутствующих на заседании комитета комсомола. Как здесь не назвать секретарей парторганизации В. Г. Васильева, В. Н. Захарова, В. В. Вершинина; руководителей профсоюзной организации инфекционистов Г. И. Никитину, М. А. Смирнову, А. А. Упирову; первых секретарей комсомольской организации В. Чернышова и Н. Семенову, а также невролога А. Г. Артюха, возглавлявшего спортивное движение БСМП!

Много моих воспоминаний связано с комсомольской организацией БСМП, которую я возглавлял в период 1981–1984 годов. Примечательно то, что организация после объединения с медицинским училищем не только значительно увеличилась в количестве членов, но и получила статус райкома. Первым освобожденным секретарем комсомольской организации БСМП был нейрохирург В. П. Медведев. Восьмидесятые годы для советской молодежи были наполнены большими задачами и интересными делами. С благодарностью вспоминаю моих наиболее деятельных помощников — секретарей первичных комсомольских организаций: Н. Орловскую, А. Шелудченко, Н. Рыжкова, Н. Цуканову, А. Витютневу, В. Еникову, Н. Кузьмину, А. Анцан, З. Ештыганову, В. Мотовилову и других. Благодаря своей активной жизненной позиции и профессионализму многие из них впоследствии стали занимать ответственные должности в своих отделениях. ■



1976 год.
Заседание комитета комсомола больницы.
В. Чернышов, Н. Семенова, В. Иовщик

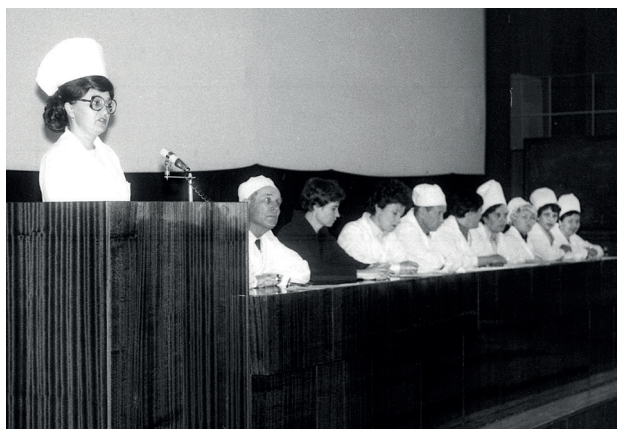


1978 год.
Жюри конкурса «Лучшая медицинская сестра БСМП». Вторая слева — председатель профкома М. Смирнова



1976–1977 годы.

Работа комиссии по выборам в депутаты городского Совета



1981–1982 годы.

На трибуне гинеколог Н. Д. Перфильева



9 мая 1982 года.

Торжественное собрание по случаю праздника открывает секретарь партийной организации БСМП В. Г. Васильев



7 апреля 1983 года.

Торжественное собрание, посвященное 10-летию БСМП. В президиуме руководители больницы, краевого и городского здравоохранения, сотрудники ГГМИ, представители органов партийного руководства и администрации Октябрьского района, ветераны войны





1980–1985 годы.

Собрание коллектива БСМП. Дисциплина начинается с соблюдения формы



1982 год.

Г. И. Никитина в первые годы БСМП была первым председателем профкома



1982 год.

Президиум торжественного собрания, посвященного 60-летию СССР



1982 год.

Зимняя спартакиада работников БСМП, организатор А. Г. Артюх



1984 год.

Партийное собрание первичной организации открывает В. Н. Зазаров.



1982 год.
Члены комитета комсомола БСМП: Н. Орловская, В. Агеев,
Н. Рыжкова, В. Медведев, Н. Цуканова, А. Бабушкин, Н. Триллер



1983 год.
Заседание комитета комсомола



1983 год.
Вручение переходящего вымпела «Лучшая
первичная комсомольская организация»



1983 год.
Комсомольцы медицинского училища
на строительстве столовой общежития



1984 год.
Празднование Дня ветерана в помещении
новой столовой



1983 год.
Стенд, посвященный празднованию 10-летней
годовщины комсомольской организации БСМП

Слова благодарности



— Сердечно благодарю врача-инфекциониста Анну Александровну Анисимову, специалиста высокого уровня и очень неравнодушного человека! Вежливая, добрая, отзывчивая, внимательная, что является важной чертой для настоящего врача, который должен быть не только профессионалом в своем врачебном деле, но и понимающим чужую боль и страдания человеком. Анну Александровну ждут, каждый ее приход в палату — море положительных эмоций для пациентов. Она словно солнце, от ее присутствия сразу становится легче! Ее слова: «Выполняйте рекомендации, и у вас все будет хорошо!» всегда вселяли надежду. Отдельно благодарю медицинских сестер, санитарок, практикантов за их вежливость и внимательность и готовность помочь в любое время суток. Нас никогда не оставляли без внимания. Мне 68 лет, в нашей палате были и молодые, и пожилые, и все были довольны отношением. Спасибо врачам, вы — герои!

Галина Александровна Ш.

— Хочу сказать слова благодарности врачам и всему младшему и среднему медперсоналу отделения пульмонологии КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» и лично заведующему отделения Евгению Вячеславовичу Козлову и моему лечащему врачу Галине Валентиновне Новиковой. Большое спасибо за вашу профессиональную и качественную работу! Вы мне очень помогли!

С благодарностью, Евгений

С НОВЫМ ГОДОМ!

Я не поэт, но пару строк
Не написать про вас не смог!
Нам выпал общий сложный путь,
Который вспомнить — просто жуть...

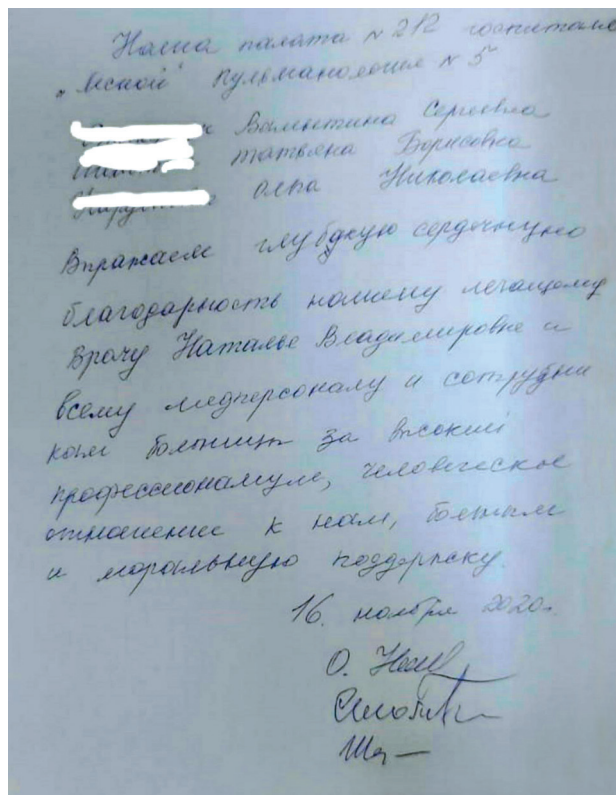
Я помню блеск красивых глаз,
Вы рядом как дозор-спецназ!
Я жив, здоров, в палате смех,
И это общий наш успех.

Врачам мы верим как себе,
Вы — нашей жизни маяк,
Ведь даже парой своих фраз
Порой спасаете вы нас!

Спасибо за врачебный дар,
Который оценен на пять!
И не судите рифмы крик,
Я это должен был сказать!

Здоровья, счастья, пониманья,
И исполненья всех желаний...
И пусть вам этот Новый год
Лишь только радость принесет!

С уважением и благодарностью
к медицинским работникам,
Евгений Наумкин



Главному врачу БСМП
Гребенникову С.В.
От Т. Ю. Гориной
22.05.1941 г.р. Краснояр, населен
«Действ. военн
проживающего по адресу
г. Красноярск»

Благодарственное письмо
Всегда благодарен тем, кто спасает
жизни людей, сам подвергаясь серьезной
опасности.
Искренне и сердечно выражаю благодарности
доктору Светлане Викторовне Липинской
защитнице (COVID-19 отделение) 3-го инфек-
ционного отделения, где всего сердце заложило,
в начале 19 с удивительной готовностью
людей.
После лечения, она одновременно за-
несколько дней была в двух кабинетах
(в т.ч. и у меня) инфекционного характера
коронавируса и оперативно организовала
вывод нас в тесный бокс, за что ей огромное
спасибо.
В токсикологическом отделении, куда
мы поступили, нас разместили в близкий
тихий палату и у нас через пару часов про-
должение получать лечение, как будто мы
здесь не первый день.
Большое спасибо и благодарности
руководителю отделения Владимиру Александрови-
чу Кавлеву за его чуткое, внимательное
и добродушное отношение, за профес-
сионализм, за оперативную и сложную
работу всего коллектива отделения.

В.И. № 64-007 от 22.05.2020

Виталий Александрович, как лечащий врач
при составлении и корректировке программы
моего лечения, использовал опыт и рекоменда-
ции специалистов пульмонологического
отделения.
Я очень благодарен пульмонологу
Евгению Васильевичу Шевцову, который
непосредственно помогал и корректировал
мое лечение.
Чистота и порядок, хорошее питание,
отличное санитарно-гигиеническое состоя-
ние отделения - все это заслуга неравнодуш-
ных, отзывчивых, любящих свое дело
людей, всего коллектива и их руководителей,
которые создали условия для эффектив-
ного лечения, восстановления, того, что
хотелось вернуть, вернуть, вернуть.
Медицинский персонал 3-го инфекционного
отделения спасибо за быстрое, дружелюбное
отношение к пациентам, за их золотые
руки и доброе сердце.
- Анонимный сотрудник инфекционной;
- Людмила Николаевна Шевцова;
- Юрий Львович Александров.
и всему медицинскому персоналу отделения,
создавшим благоприятные условия для лечения.
Спасибо большое за самый верный, самый
с милым для души, отзывчивый персонал
госпиталя, труд всех работников БСМП.
Много здоровья, здоровья, здоровья
успехов и всего доброго спешит.

С огромным уважением
Т. Ю. Г. Гориной
22.05.2020

— Благодарю врача-хирурга от-
деления сосудистой хирургии Алек-
сандра Сергеевича Толстоплюева.
Он в буквальном смысле спас мою
жизнь, убрав флотирующий тромб
(7 см). Большое спасибо Вам, Алек-
сандр Сергеевич, за внимательное,
доброе, бережное, очень професси-
ональное и без суеты отношение
к своим больным, за Ваши золотые
руки! От дней, проведенных в боль-
нице, несмотря на сложную опера-
цию и реабилитационный период,
стались только приятные впечатле-
ния. Говорю огромное спасибо
Сергею Васильевичу Гребенникову,
главному врачу БСМП за то, что в
больнице есть достойный состав
врачей и все необходимое для улуч-
шения здоровья пациентов. Всем
счастья, добра и здоровья!

С уважением, Нинэль Г.

— Выражаю огромную благодарность руководителю смешан-
ного, но грамотного и сплоченного коллектива эндокриноло-
гического отделения БСМП, где сейчас тоже ковидный госпиталь. И
нашим ангелам-хранителям в лице медперсонала этого отделен-
ия, всем врачам, медсестрам и санитарочкам. Спасибо за вашу
заботу, золотые руки, умные головы. Низкий поклон за ваше тер-
пение. Будьте всегда здоровы.

С уважением, Людмила Владимировна Б.
и Татьяна Александровна П.



— Выражаю огромную благодарность за профессионализм
и желание помогать людям врачам-инфекционистам ковид-
ного госпиталя БСМП Евгению Павловичу Шевцову и Влади-
миру Игоревичу Черным! В больницу меня привезли на скорой,
где осмотрели и поставили неутешительный диагноз. Отме-
чу, что за несколько дней до госпитализации я много раз вы-
зывала скорую, посещала местную поликлинику, рассказывала
о плохом самочувствии, но диагноз так и не был поставлен.
Между тем температура стала подниматься до 40 градусов,
дышать становилось труднее, и я оказалась в больнице. Лече-
ние было правильным и эффективным. Ковид отступил. Боль-
шое спасибо врачам.

С благодарностью, Галина

— Благодарю весь медперсонал реанимации № 5. Спасибо,
что, несмотря на все мои несовместимые с жизнью травмы,
вы совершили чудо, вернув меня к полноценной жизни и семье.
Спасибо, что проявили глубоко человеческое отношение,
милосердие и нашли добрые слова утешения для разбито-
го сердца моих родных. Низкий мой поклон всем медицинским
работникам, работающим в реанимации, ваш труд сохра-
няет жизни. Всем крепкого здоровья и успехов в вашем бла-
городном труде. Спасибо за жизнь! Спасибо за возвращенное
здоровье!

С уважением, Екатерина Вячеславовна

— Благодарю врача БСМП Анну Иосифовну Турову за сер-
дечное отношение к пациентам, внимание к нашим прось-
бам и проблемам. В условиях напряженной работы и стрес-
са Анна Иосифовна всегда спокойна и доброжелательна,
что вселяет надежду ее пациентам. Говорю спасибо коман-
де приемного отделения, дежурившей вечером 26.10.2020
года, врачу-хирургу Татьяне Игоревне Беловой, врачу-уроло-
гу, специалисту УЗИ, врачу-рентгенологу, сотрудникам экс-
пресс-лаборатории за терпение, человечность и професси-
онализм. Я попала в БСМП по скорой помощи с подозрением
на острый живот, получила оперативную консультацию
и помощь.

С уважением, Галина

Наши таланты

■ КОЛЛЕКТИВ КРАСНОЯРСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА — ЭТО ВЕДУЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ ГОРОДСКОГО, КРАЕВОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЛЮДИ С АКТИВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИЕЙ, СТРЕМЛЕНИЕМ К РАЗВИТИЮ КУЛЬТУРНОГО И ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА. ПРЕДСТАВЛЯЕМ ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ ПОЭТИЧЕСКУЮ СТРАНИЧКУ ЖУРНАЛА.



Алексей Юльевич Окладников,
врач-уролог, заведующий урологическим
отделением КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н. С. Карповича», заслуженный врач
Российской Федерации, продолжатель
семейной династии в третьем поколении,
автор многочисленных стихотворений

Земная ось меняет полюса.
Меняет наше мировосприятие.
Умолкнувшие слышим голоса
И чувствуем забытые объятья.

И каждый сам себя со стороны
Внимательно оценит как в музее,
Чтобы понять, кому сейчас нужнее
И будем мы кому в конце нужны.

У жизни и земли единый круг,
Обратного движенья не имеет,
И вдруг душа порою занемеет
От знания неизбежности разлук.

Но прочь — унынье! Все мы день за днем
Живем, мечтаем, дышим, верим, любим.
И круг когда последний провернем,
Мы все равно с тобою где-то будем.





Снег на станции Зима —
Каламбур или насмешка?
Поезд мой ползет неспешно
В эти первые снега.

Удивляясь по пути —
Как же так? Ведь было лето?
Миг — зима, а осень где-то
Затерялась — не найти.

Нашей жизни кутерьма
С этим поездом так схожа.
Дни, недели и года,
Чьи-то лица, чьи-то рожи.

Вот в душе поет весна,
Скачем мы, гордясь собою,
Но мгновение — зима
Усмиряет сединою.

И не хочет машинист
Ни на миг остановиться.
И все дальше, дальше мчится
Поезд под названием Жизнь.

Снег пушистый за окном,
И, как в старой доброй сказке,
Катят, катят те салазки,
Что мы памятью зовем.

Новый год приходит в дом,
И под звон часов-курантов
Мы листаем аккуратно
Год за годом, день за днем.

И события чередой
Перед нами пролетают,
Словно веки, означают
Путь из дома и домой.

И, просматривая дни,
Не сказать, какой дорожке.
Только все взрослых и строже
Фотографии твои.

Как охота иногда,
Чтобы день за днем менялся,
Чтоб просмотр не прерывался,
Не кончался никогда!



КРАСНОЯРСКАЯ
МЕЖРАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА —
В ЧИСЛЕ КЛИНИК
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ,
УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»
И «РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»



**В БОЛЬНИЦЕ ОКАЗЫВАЮТ
ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ СТАНДАРТАМИ:**

- Артроскопия коленного, плечевого суставов;
- Эндопротезирование тазобедренных, коленных суставов;
- Рентген-эндохирургические методы диагностики и лечения:
чрескожные вмешательства (ЧКВ) на коронарных артериях,
сосудах головного мозга, артериях и венах малого таза, сосудах
нижних конечностей;
- Эндовидеохирургические методы лечения в абдоминальной
хирургии, урологии, гинекологии – в том числе внутрипрото-
ковые эндоскопические вмешательства (ЭПСТ, РХПГ, литоэк-
стракция, протезирование желчных протоков);
- Чрескожное чреспеченочное дренирование протоков;
- ЧКВ при остром коронарном синдроме;
- Нейрохирургические эндоваскулярные вмешательства;
- Операции при опухолях головного мозга;
- Дистанционная и контактная литотрипсия при мочека-
менной болезни.



Красноярский край, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17
Подробную информацию можно получить
по телефонам: +7 (391) 246-94-33, +7 (391) 246-86-06
адрес сайта <http://bsmp.sibmedport.ru/index.php>
e-mail: bsmp@krasbsmp.ru

Специалист по вопросам медицинского туризма
министерства здравоохранения Красноярского края
Егоркина Анастасия Валерьевна т. +7(391) 222-03-22

Окажем содействие в оформлении визы, поможем с решением
вопросов предоставления транспорта и размещения в гостинице.