



БСМП

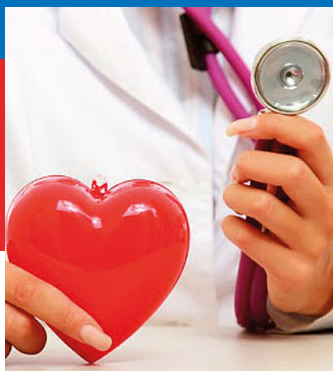
КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

Сергей Васильевич Гребенников:
«Верим в себя, верим в коллектив, уверены в успехе»

№ 15
июнь 2021



Отделение анестезиологии-реанимации Стр. 32



Клинические варианты
начального периода
(дебюта) острого инфаркта

Стр. 16



Первый успешный опыт
рентгенэндоваскулярной
эмболизации кровотечения
из бронхиальных артерий
в условиях отделения
РХМДЛ КГБУЗ «КМКБСМП
им Н.С. Карповича»

Стр. 22



Поражения желудочно-
кишечного тракта при новой
коронавирусной инфекции
(COVID-19)

Стр. 24



Гигантская кондилома Бушке-
Левенштейна (клиническое
наблюдение)

Стр. 30



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

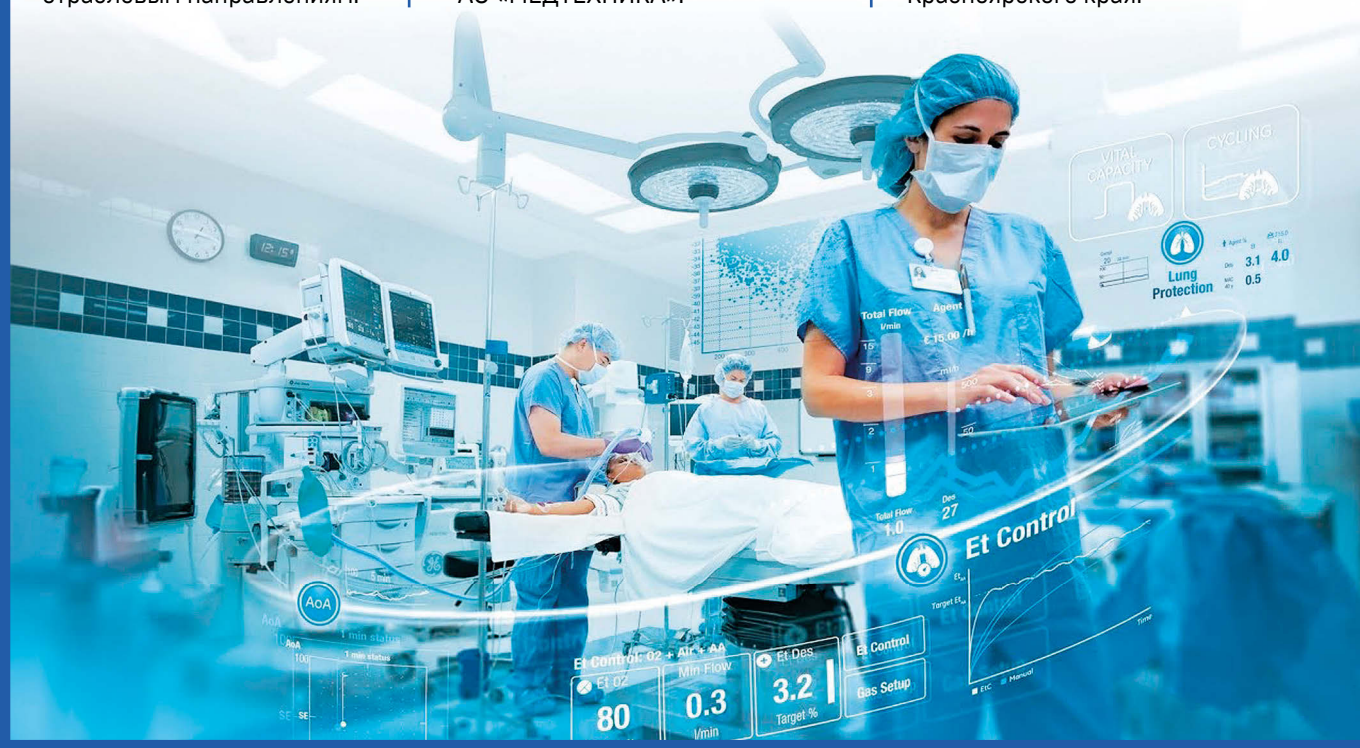
В интернет-каталоге АО «МЕДТЕХНИКА» представлен спектр медицинского оборудования по 20 отраслевым направлениям.

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**



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.
Июнь 2021 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет

Новости.....	6
Знакомство с опытом инфекционистов из Казани	10
Оценка эффективности сочетанного применения даларгина, кеторолака, лорноксикама и ремаксола при лечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с торакоабдоминальной травмой.....	12
Клинические варианты начального периода (дебюта) острого инфаркта.....	16
Клинический случай развития миокардита после перенесенной коронавирусной инфекции	19
Первый успешный опыт рентгенэндоваскулярной эмболизации кровотечения из бронхиальных артерий в условиях отделения РХМДЛ КГБУЗ «КМКБСМП им Н. С. Карповича».....	22
Поражения желудочно-кишечного тракта при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	24
В жизни всегда есть место подвигу.....	27
Опыт применения комплекса «Литотриптер «Медолит» в лечении больных с МКБ на базе отделения рентгенударноволновой дистанционной литотрипсии КМКБСМП им. Н. С. Карповича.....	28
Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна (клиническое наблюдение).....	30
Единой дружной семьей	32
Инфузионная терапия в анестезиологии.....	36
Укусы ядовитых змей. Анализ отравлений змеиным ядом в Красноярском крае за период 2011–2020 годов	39
Клинический случай длительной искусственной вентиляции легких у пациента в хроническом вегетативном состоянии	42
Реализация проекта «Вместе до конца»	44
Аптека КМКБСМП	46
История БСМП: доктор Брюханов.....	48
Александр Кондратьев: «От доктора пациенту нужны прямота и терпимость»	50
Наши ветераны.....	51
Слова благодарности	52

Редакторская коллегия



Главный редактор:

С. В. Гребенников,

главный врач
КГБУЗ
«КМКБСМП
им. Н. С. Карпо-
вича»

Уважаемые коллеги — сотрудники БСМП! Дорогие друзья!

Рад встрече с Вами в очередном номере нашего журнала «БСМП». Он выходит в канун Дня медицинского работника. Профессиональный праздник — прекрасный повод не только поздравить друг друга, но и подвести итоги очередного года в нашей любимой профессии.

Как его пережила наша больница? С уверенностью могу сказать — достойно, хотя задачи перед нами стояли совершенно новые и непростые. Почти весь коллектив был вовлечен в оказание медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией. События в течение этого года сменялись как в калейдоскопе, стремительно; были периоды, когда нагрузка была колоссальной. Но команда больницы работала, и ни на один день, ни по одному профилю не был остановлен прием экстренных больных. На мой взгляд, именно в такие моменты проявляется профессиональный характер и, несмотря на усталость, остается удовлетворение от работы и понимание, что выбор связать себя с медициной был не случаен.

Самое ценное то, что, несмотря на изменившийся ритм работы больницы, наши специалисты проводили уникальные операции, находили время для учебы и повышения квалификации, участвовали в совместных исследовательских проектах с коллегами из клиник других регионов и учеными из КрасГМУ.

В этом номере мы предлагаем Вам познакомиться с материалами наших специалистов, представляющих интересные клинические случаи, с успешным опытом рентггенхирургов, исследовательскими работами, также расскажем о наших уважаемых ветеранах, познакомим с одним из самых многочисленных по числу специалистов отделением.

Уважаемые коллеги! Поздравляю вас с профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Желаю, чтобы никогда выбор не принес Вам разочарования и боли. От всего сердца желаю Вам совершенствования профессионального мастерства, вдохновения, оптимизма, творческих удач, личного благополучия и уверенности в будущем!



Д. А. Здзитовецкий,

врач-хирург,
д. м. н., доцент



Т. А. Зимина,

заместитель
главного врача
по работе с
сестринским
персоналом



М. В. Луценко,

заместитель
главного врача
по анестезиоло-
гии и реанимато-
логии



С. Г. Маслов,

заместитель
главного врача
по хирургии



С. И. Ростовцев,

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



Е. П. Тихонова,

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



Л. В. Торопова,

заместитель
главного врача
по организаци-
онно-методиче-
ской работе



Н. В. Федюкович,

заместитель
главного врача
по медицинской
части



И. Г. Юрикова,

заместитель
главного врача
по экономиче-
ским вопросам



Уважаемые коллеги!
Поздравляю вас с Днём медицинского работника!

Этот праздник — прекрасный повод поблагодарить вас за любовь к избранной профессии, за то, что вы с честью выполняете свой профессиональный долг, несмотря ни на какие трудности.

Во время пандемии особенно ярко проявились профессионализм каждого из вас, надёжность, готовность прийти на помощь тем, кто в ней нуждается. Находясь на передовом крае борьбы с опасной инфекцией, вы и сейчас подтверждаете преданность выбранному делу, демонстрируете лучшие человеческие качества.

Профессия медика — одна из сложнейших в мире, но результаты этой работы превосходят все ожидания: это улыбки и благодарность спасённых вами людей и их близких. Но сколько ни были бы развиты технологии, сколько инновационные и прорывные методы ни внедрялись бы в практику, движущей силой здравоохранения всегда будут медицинские работники с их верностью профессии.

Мы сейчас находимся в активной фазе реализации национального проекта «Здравоохранение» и начали укреплять систему первичной медико-санитарной помощи, материально-техническую базу лечебных учреждений Красноярского края, значительно выросла доступность высокотехнологичной медицинской помощи. Главная заслуга во всех этих изменениях принадлежит вам.

Ваша профессия не знает праздников и выходных, многие медицинские работники встретят свой профессиональный праздник на рабочем месте. Позвольте пожелать вам, чтобы ваша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, придала каждому из вас жизненных сил и душевной крепости!

Мира и добра вам и вашим семьям!

*С уважением,
Алексей Викторович Подкорытов,
заместитель председателя
Правительства Красноярского края*



Уважаемые коллеги!

Примите искренние поздравления с нашим профессиональным праздником — Днём медицинского работника!

Сегодня люди в белых халатах воспринимаются абсолютным большинством людей нашего региона, страны и всего мира как представители не только самой благородной и гуманной, но и героической профессии.

Год выдался для отрасли сложным. Медицинские работники оказались на переднем крае борьбы с коронавирусной инфекцией, самоотверженно выполняя свой служебный долг, спасая человеческие жизни. Как признание вашего труда многие медики были отмечены государственными наградами. Тысячи красноярцев благодарны вам за то, что вы заботитесь об их здоровье и жизни, возвращая работоспособность и веру в завтрашний день.

Несмотря на пандемию, продолжается работа по укреплению материально-технической базы отрасли, по внедрению новых технологий, модернизации служб. Красноярские, краевые медики успешно реализуют задачи национального проекта «Здравоохранение». Уверен, что наши совместные усилия позволят совершенствовать качество оказания медицинской помощи населению, повысить её доступность.

Позвольте от всего сердца поблагодарить вас за ваш труд, за неоценимый вклад в укрепление здоровья наших земляков. От всей души желаю вам и вашим семьям крепкого здоровья, счастья, благополучия и всего самого лучшего!

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



Дорогие коллеги!

В День медика поздравляю коллектив Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича с профессиональным праздником — Днем медицинского работника.

В мире нет более уважаемой, нужной и ответственной профессии, чем врач. Работать ради спасения жизней, жертвуя собой ради профессионального долга, — это истинное призвание. Желание совершенствовать свои навыки, приобретая новые знания несмотря ни на что, — вот главный секрет успеха.

Врачам доверяют самое ценное — здоровье. Ваш ежедневный труд направлен на его сохранение, наш — на подготовку высококвалифицированных кадров для отрасли. Поступая в университет, будущий врач получает задел в профессии, обучаясь на клинической базе, специалист приумножает свои знания, появляется стремление расти и не останавливаться на достигнутом.

Благодаря многолетнему сотрудничеству мы вместе формируем медицинский кадровый потенциал на благо Красноярского края и его жителей.

С праздником, дорогие коллеги! Здоровья нам всем!

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



Люди в белых халатах! Низко вам поклониться хочу...

Без малого полвека вы не просто лечите, а в прямом смысле слова спасаете людей. Такова специфика больницы скорой помощи.

КМКБСМП им. Карповича — поистине самая народная больница. Думаю, не только в городе, но и во всём Красноярском крае нет человека, который о ней не знает. Именно сюда привозят всех, кто нуждается в неотложной помощи. И счёт спасённых вами жизней идёт на сотни тысяч.

Именно вы первыми приняли на себя удар, когда пандемия дотянулась и до Красноярска. Работали в тяжелейших условиях, вдали от дома, от близких, каждый день рисковали своим здоровьем.

И конечно же, мы все независимо от даты на календаре искренне благодарны вам всем! Но в День медицинского работника у нас есть возможность ещё раз сказать спасибо! Спасибо всем, кто выбрал эту сложную, но такую важную профессию!

Уважаемые медицинские работники! Доктора, медсёстры и медбратья, медицинский персонал, от всего сердца поздравляю всех вас с профессиональным праздником! Пусть ваша жизнь будет счастливой, успешной, наполненной улыбками близких, благодарностями пациентов и поддержкой коллег. Когда-то поэт Лев Ошанин сказал от нас всех и на века:

Вечный подвиг, он вам по плечу,
Ваши руки бессонны и святы.
Низко вам поклониться хочу,
Люди в белых халатах!

С уважением,
Петр Иванович Пимашков,
депутат Государственной Думы

Новости

Высокие награды

Президент России Владимир Путин подписал указы и распоряжения «О поощрении медицинских работников за самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные в борьбе с коронавирусной инфекцией». В числе нескольких сотен награжденных медиков страны государственными наградами были отмечены сотрудники КМКБСМП им. Н. С. Карповича, оказывающие помощь больным новой коронавирусной инфекцией.

Ордена Пирогова удостоены:

Алимов Александр Джигангирович, врач;
Гребенников Сергей Васильевич, главный врач КМКБСМП им. Н. С. Карповича;
Строкина Галина Георгиевна, врач;
Черных Владимир Игоревич, заведующий инфекционным отделением № 1

Почетной грамотой Президента РФ награждены:

Багров Эдуард Анатольевич, медицинский брат;
Бортовчук Евгений Геннадьевич, врач;
Муратова Татьяна Александровна, врач;
Наумович Валентин Романович, заведующий отделом;

Первушкина Наталья Григорьевна, старшая медицинская сестра;

Россовская Мария Львовна, заведующая отделением;
Федорова Татьяна Валерьевна, врач;
Шевчук Мария Анатольевна, медицинская сестра;
Речкова Елена Владимировна, заведующая эндокринологическим отделением;
Юрьев Виталий Сергеевич, врач.

Благодарность Президента РФ объявлена:

Гулик Валерии Вячеславовне, врачу;
Кожемякиной Елене Назимовне, врачу;
Козлову Евгению Вячеславовичу, заведующему пульмонологическим отделением;
Левицкому Станиславу Владимировичу, врачу;
Липняговой Светлане Викторовне, заведующей инфекционным отделением № 3;
Лукша Валентине Викторовне, старшей медицинской сестре;
Тюшевской Ольге Анатольевне, врачу;
Упировой Альбине Анатольевне, по май 2020 года заведующей инфекционным отделением № 1.





Год в условиях пандемии

развивается по непредсказуемому сценарию, и число больных стремительно растёт. Нередко у пациентов, поступающих в «чистую зону», обнаруживали коронавирус. Приходилось разворачивать боксы для инфицированных больных, они были практически во всех отделениях. Но оказание экстренной помощи продолжалось. В инфекционном госпитале оказывали помощь хирургическим пациентам из других больниц, у которых выявляли COVID-19. В операционной инфекционного госпиталя было проведено около 700 операций.

Самым сложным в физическом и эмоциональном плане оказался ноябрь. Были сутки, когда в инфекционном госпитале регистрировалось более 250 обращений (для сравнения, в доковидный период — максимум до 45). Во вторую волну пришлось перепрофилировать 10 отделений больницы, открыть два госпиталя долечивания вне больницы. Значимая часть коллектива БСМП была задействована в оказании помощи больным COVID-19. В инфекционном госпитале было развернуто 780 коек.

За этот год в инфекционном госпитале БСМП отработали более 3 тысяч сотрудников — это врачи разных профилей, медсестры, санитары, другой персонал, включая студентов и ординаторов КрасГМУ, учащихся медицинского колледжа. Приходили работать коллеги из других больниц, многие трудились не одну смену. Больница работала в тесном взаимодействии с другими стационарами города и ближайших территорий, что позволило врачам инфекционного госпиталя БСМП сосредоточиться на оказании помощи тяжелым пациентам.

За год в инфекционном госпитале больницы зарегистрировано почти 18,5 тысяч обращений, более 10 200 больных были госпитализированы, проведено более 12 тысяч КТ-исследований. В этот период в больнице заработала своя ПЦР-лаборатория с возможностью в течение 4-5 часов делать тесты на коронавирус.

В БСМП и сегодня продолжает работать инфекционный госпиталь на 260 коек на базе трех инфекционных отделений, отделений эндокринологии, нефрологии, пульмонологии и ОРИТ №1.

16 марта 2020 года — новая дата в истории БСМП. Именно в этот день в больницу поступил первый официально зарегистрированный больной новой коронавирусной инфекцией, больница оказалась первой на территории края, где стали оказывать помощь больным COVID-19.

Каким был год с 16.03.2020 до 16.03.2021 для БСМП? Медицинские работники выдержали две волны. Первую, пришедшую на лето, когда инфекция продемонстрировала свой характер, и стало понятно, что болезнь

III Региональная научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы лечения хронической боли»

Врачи отделения анестезиологии и реанимации БСМП стали участниками III Региональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы лечения хронической боли», которая проходила в мае на базе ФСНКЦ ФМБА России.

В рамках конференции рассматривались вопросы лечения болевых синдромов при заболеваниях ЦНС, хронической нейропатической боли, головной боли, фибромиалгии, профилактики послеоперационной боли, современной фармакотерапии и интервенционных методик.

На конференции выступали специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельска, Красноярска, Новосибирска, а также в онлайн-формате прозвучали доклады зарубежных специалистов из Эстонии, Израиля и Тайваня.

Дополнительно наши специалисты Годунов Анатолий Викторович и Пинчук Никита Евгеньевич прошли мастер-классы «Боль внизу спины: Интервенционные методы лечения под контролем ультразвука», «Ультразвуковое исследование лёгких: возможности, методика проведения BLUE-протокола» и «FAST-протокол».



Новости

Отделение медицинской реабилитации БСМП пополнилось новым оборудованием

Для отделения медицинской реабилитации БСМП приобретено новое оборудование. Оно позволяет врачам проводить реабилитационные мероприятия в более короткие сроки с максимальным эффектом.

Оборудование было приобретено с учетом контингента пациентов, которые проходят реабилитацию в отделении. Это больные, переведенные из отделений травматологии, неврологии, нейрохирургии, кардиологии, а также пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию и нуждающиеся в курсе реабилитации. Уже используются в работе аппараты:

- для проведения двигательной реабилитации;
- для восстановления мелкой, крупной моторики и координации движений верхних конечностей;
- перчатка-тренажер для мелкой моторики;
- реабилитационный комплекс для сердечно-сосудистой системы;
- подвес реабилитационный для вертикализации пациента (с беговой дорожкой, с роботизированной (кинематической) имитацией шага);
- аппаратно-программный комплекс электростимуляции мышц;
- медицинские терапевтические тренажеры для мышц верхних и нижних конечностей.

С помощью вышеперечисленного оборудования возможно восстановление двигательных функций, координации, проведение кардиореспираторных тренировок, выработка правильного паттерна ходьбы, а также возможность проводить профилактику мышечных и суставных контрактур.

Приобретенное оборудование дает возможность специалистам проводить реабилитацию безопасно, с возможностью экономить время и более рационально использовать ресурс персонала.



Оборудование для реанимационных отделений



Три аппарата экспертного класса HAMILTON-G5 стали ценным приобретением для реанимационных отделений. На сегодня данное оборудование отвечает всем запросам реаниматологов, оно обладает наиболее широкими функциональными возможностями, позволяет врачам эффективно оказывать помощь пациентам с тяжелым поражением лёгочной ткани уровня КТ-3, КТ-4. В больнице продолжает действовать инфекционный госпиталь, и данное оборудование позволяет эффективно оказывать помощь пациентам с обширным поражением легочной ткани, нуждающимся в респираторной поддержке.

Победители краевого профессионального конкурса работают в КМКБСМП

На коллегии Минздрава Красноярского края состоялась церемония награждения победителей краевого профессионального конкурса «Лучший врач Красноярского края» и «Лучший специалист со средним медицинским образованием Красноярского края». Почетные грамоты победителям вручили заместитель председателя

Правительства Красноярского края Алексей Викторович Подкорытов и министр здравоохранения Красноярского края Борис Маркович Немик. В числе победителей конкурса этого года два сотрудника БСМП. В «Специальной номинации» конкурса «Лучший врач Красноярского края» победил заведующий пульмонологическим отделением,

врач-пульмонолог Евгений Вячеславович Козлов. В профессиональном конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским образованием Красноярского края» в номинации «Лучшая медицинская сестра» победа досталась медсестре палаты интенсивной терапии нейрохирургического отделения Ирине Андреевне Водневой.



Служба лечения острой и хронической боли

В БСМП при отделении анестезиологии и реанимации открылся кабинет службы лечения острой и хронической боли.

Данная служба занимается диагностикой и консультацией больных, испытывающих острую и хроническую боль, с дальнейшим решением о применении интервенционных методик лечения (инвазивных) с использованием дополнительных методик визуализации (ультразвук, рентген).

В список оборудования, которым оснащён кабинет, входит: интраоперационная рентген-система (С-дуга), современный ультразвуковой аппарат с линейным, низкочастотным и фазированными датчиками, прикроватный монитор для контроля гемодинамики и респираторного статуса.

Особое внимание уделено безопасности проведения манипуляций. Для этого в кабинете имеется реанимационный набор, комплект всех необходимых медикаментов, дефибриллятор, аппарат АИВЛ.

В настоящее время помощь получают пациенты, находящиеся на стационарном лечении в профильных отделениях и отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Пациенты КМКБСМП стали участниками арт-проекта «Здоровые мысли»

Для пациентов БСМП провели мастер-классы по изобразительному искусству. Были предложены кисти, гуашь, для упрощения задачи были даны образцы пейзажей, с которых пациенты писали свои картины. В ходе занятия, которое длилось почти час, участникам проекта помогла профессиональный художник. Готовые работы были представлены на импровизированной выставке в холле больницы. Данный проект реализован для психологической помощи пациентам, чтобы легче было справляться с недугом во время госпитализации.



Знакомство с опытом инфекционистов из Казани

С. В. Гребенников, Н. В. Федюкович, М. В. Луценко, Т. А. Зимина



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

Предметом особого интереса стал новый корпус больницы, построенный и запущенный в эксплуатацию в рекордно сжатые сроки — всего за 105 дней. Первых пациентов в нем приняли в августе прошлого года, как раз в пиковые показатели количества числа заболевших новой коронавирусной инфекцией.

Пандемия COVID-19 показала, что инфекционная служба Красноярска и края остро нуждается в модернизации. В краевом центре львиная доля работ по обновлению мощностей инфекционной лечебной базы пройдет в КМКБСМП, в составе которой имеется единственный инфекционный стационар для взрослого населения. Проект модернизации включает в себя строительство нового корпуса, а также объединение инфекционных отделений с пульмонологической службой.

Новый корпус Республиканской клинической инфекционной больницы им. проф. А. Ф. Агафонова в Казани входит в число передовых медицинских объектов здравоохранения страны, отвечающих самым современным техническим и эпидемиологическим требованиям, с возможностью оказания помощи пациентам с разными инфекционными

■ В НАЧАЛЕ МАЯ РУКОВОДЯЩИЙ СОСТАВ КМКБСМП ПОСЕТИЛ ГОРОД КАЗАНЬ. ЦЕЛЮ СЛУЖЕБНОЙ КОМАНДИРОВКИ СТАЛО ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ОПЫТОМ КАЗАНСКИХ КОЛЛЕГ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. ПРОФ. А. Ф. АГАФОНОВА.

заболеваниями. Красноярских специалистов интересовало все: от проекта и инженерной документации до организации работы медицинского персонала и медикаментозной терапии. Надо отдать должное коллегам из Казани, проявившим не только радушие и гостеприимство, но и открытость в профессиональном общении. Благодаря этому сотрудничеству у специалистов БСМП появилась возможность адаптировать опыт коллег при разработке медико-технического задания на строительство нового инфекционного корпуса больницы.

Не менее интересной для ознакомления стала практика организации работы приемного отделения инфекционной службы Республиканской клинической инфекционной больницы им. проф. А. Ф. Агафонова, где круглосуточно в приеме задействованы пять бригад. В составе бригады врач, медсестра, санитар. Работа осуществляется под строгим

мониторингом диспетчерской службы, где в статусе главного диспетчера посменно работают врачи приемного отделения. В компетенцию главного диспетчера входит распределение бригад по смотровым боксам, сбор информации по занятости врачей и медицинского персонала. Инфекционисты из Казани отметили, что все преимущества работы диспетчерской службы в ПДО особенно проявились во вторую волну, при большом наплыве пациентов.

На первом этаже инфекционного корпуса расположены восемь инфекционных боксов и противошоковая палата, позволяющие бригадам вести раздельный прием пациентов. Все помещения снабжены индивидуальной входной группой.

Логистика на территории больницы осуществляется посредством работы информата. Бригада скорой медицинской помощи или больная в случае самообращения, попадая на



территорию больницы, берет талон, далее смотрит, на дисплее какого бокса высветится номер, указанный в талоне. Кстати, осмотр больного бригадой начинается прямо в автомобиле скорой помощи, только после предварительного осмотра пациент попадает в бокс. Пространство верхних этажей инфекционного корпуса распределено на мельцеровские боксы, объединенные открытой галереей, с индивидуальным выходом. На каждом этаже имеется реанимационное отделение, оснащенное всем необходимым оборудованием, среди которого дыхательные аппараты, мониторы, аппараты для УЗИ, искусственная почка и прочее. Больница располагает собственной кислородной станцией, что делает процесс подачи жидкого кислорода абсолютно во все боксы непрерывным.

Интересным нам показался подход казанских коллег в части организации лечения и медикаментозной терапии. Непосредственно в самой больнице существует консилиум из пяти профессоров. Ежедневно один из членов консилиума назначается дежурным по оказанию круглосуточной консультативной помощи тяжелобольным. Таким образом, процесс незамедлительной корректировки выбранной тактики лечения с возможностью смены препаратов, в том числе и дорогостоящих, возможен в любое время суток.

— Любопытно, но мы не увидели жесткого следования действующим клиническим рекомендациям. Например, пациент может получать препарат, не входящий в последнюю версию, если решение о его применении вынесено консилиумом. Есть у коллег из Казани и свои решения по медикаментозной терапии, которых нет в 11-й версии документа.

Конечно, не все подходы применимы в условиях нашей больницы. Но есть решения, вполне адаптируемые на красноярской земле: к примеру логистика, выстроенная с помощью инфомата, индивидуальная маршрутизация пациентов, диспетчеризация и пр.

Руководящий состав КМКБСМП им. Н. С. Карповича благодарит за прием Министерство здравоохранения Республики Татарстан и лично управляющего делами Идеала Азатовича Айзетуллава, главного врача Республиканской клинической инфекционной больницы имени профессора А. Ф. Агафонова Марата Ринатовича Гатауллина, а также главного врача Городской клинической больницы № 7 Казани Артура Маркосовича Деляна. Спасибо коллегам за бесценный профессиональный опыт, — резюмирует Сергей Васильевич Гребенников, главный врач КМКБСМП. ■



Оценка эффективности сочетанного применения даларгина, кеторолака, лорноксикама и ремаксолола при лечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с торакоабдоминальной травмой

Авторы: А. А. Попов^{1,4}, А. Г. Мирошник^{1,2}, М. А. Большакова^{3,4}, Р. М. Рахманов^{3,4}, Д. С. Шамов⁴, Е. А. Попова^{3,4}, М. В. Луценко³, А. А. Любченко³, Е. А. Рахманова^{3,4}

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия.

² ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джanelидзе», г. Санкт-Петербург, Россия.

³ Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия.

⁴ Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича, г. Красноярск, Россия.



Андрей Алексеевич Попов,

д. м. н., профессор, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Строго продуманная система мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи пострадавшим в ДТП является важным критерием оценки оказания медицинской помощи в регионе [1-4].

Цель исследования: оценить эффективность сочетанного применения в интенсивной терапии анальгетиков, даларгина и корректоров тканевого метаболизма на болевую и вегетативную реакции у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с торакоабдоминальной травмой.

■ ОСОБЕННОСТЬЮ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОМОМЕНТНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА И ХАРАКТЕР ВОЗНИКАЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВСЛЕДСТВИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТУ ИЛИ ИНУЮ АНАТОМИЧЕСКУЮ ОБЛАСТЬ.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное рандомизированное исследование у 149 пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, которым на до- и госпитальном периодах проводилось обезболивание различными схемами анальгезии и у которых была диагностирована торакоабдоминальная травма с развитием травматического шока. Исследование одобрено локальным этическим комитетом Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. Протокол №41/2012 от 21.06.2012.

Общая характеристика пациентов и методов исследования.

Настоящее исследование проводилось в травмоцентре первого уровня Красноярского края Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича за период с июня 2012 года по декабрь 2020 года. Всем пациентам, соответствующим критериям включения/исключения и подписавшим информированное согласие, присваивался порядковый номер, и они автоматически включались в исследование.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст пациентов от 18 до 60 лет.
2. Пациенты, пострадавшие при ДТП.
3. Наличие торакоабдоминальной травмы.
4. Возможность забора биоматериала на исследование.
5. Наличие подписанной формы информационного согласия.

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст пациентов старше 60 лет.
2. Возраст пациентов младше 18 лет.
3. Отказ пациента от участия в исследовании.
4. Пациенты с недоказанной травмой в результате ДТП.
5. Наличие черепно-мозговой травмы, позвоночника, забрюшинного пространства, изолированной травмы опорно-двигательного аппарата.
6. Пациенты с тяжелой сопутствующей патологией.
7. Самовольный уход из отделения.

Указанные больные составили две группы — основную и сравнения. У 71 больного основной группы

дополнительно к общепринятой терапии для обезболивания в догоспитальном периоде непосредственно на месте получения травмы внутримышечно вводился ингибитор синтеза простагландинов — кеторолак (0,4 мг/кг), что позволяет защитить периферические рецепторы и уменьшить травматическое перевозбуждение рецепторов и афферентов, диазепам (0,07 мг/кг), дифенгидрамин (0,3 мг/кг), в реанимационном зале внутривенно — нейролептив далаггин (15 мкг/кг), лорноксикам (0,3 мг/кг) с центрально-активным опиоидным анальгетиком — трамадолом (0,5 мг/кг). Основное условие применения выше указанных препаратов — минимальные дозы, которые не вызывают нарушения сознания, дыхания и кровообращения. Этим больным проводилась инфузия ремакса в/в капельно в суточной дозе 5,5 мл/кг в течение 5 дней. Скорость введения 40-60 капель (2-3 мл/мин). В группу сравнения вошли 78 больных, которые получали только общепринятую терапию.

Медиана возраста в основной группе составляла 31 [26;36] года, в группе сравнения — 30 [25;36]. В группе сравнения мужчин было 47, женщин — 24, в основной группе мужчин было 52, женщин — 26.

В целом группы по полу, возрасту и тяжести состояния больных были сопоставимы.

Оценка степени тяжести больных с торакоабдоминальной травмой проводилась по предложенной нами шкале согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке» [5, 6].

Общепринятую терапию проводили согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке» [5].

Указанные показатели исследовались в динамике: при поступлении, после проведенной операции, через 24 часа после травмы.

С целью объективизации тяжести состояния пациентов использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) [7]. Для оценки состояния функции вегетативной нервной системы больным группы сравнения и основной группы после проведенной терапии в течение суток проведен анализ вариабельности сердечного ритма. Индекс напряжения рассчитывался по формуле: $ИН = АМо / 2МоΔх$ [7].

Статистический анализ. Статистическую обработку полученных

Таблица 1. Кровоточия у пациентов с торакоабдоминальной травмой (Ме [Q1; Q3])

п/п	Группа сравнения		Основная группа	
	Кол-во пациентов	Кровоточия (мл)	Кол-во пациентов	Кровоточия (мл)
1.	23	739 [631; 868]	19	755 [628; 872]
2.	55	1241 [1134; 1371]	52	1267 [1136; 1368]

Примечание: * — Различия достоверны в сравнении с нормальным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни)

Таблица 2. Продолжительность оказания помощи на догоспитальном этапе

Этап	Группа сравнения	Основная группа
Прием вызова (мин)	2,36 [2,00; 2,73]	2,38 [2,03; 2,73]
Прибытие бригады к месту оказания помощи (мин)	11,0 [5,6; 15,8]	11,2 [5,7; 16,0]
Оказание помощи (мин)	25,5 [23,1; 27,9]	25,6 [23,0; 28,0]
Транспортировка в стационар (мин)	30,3 [26,3; 34,1]	30,4 [26,4; 34,1]
Итого	69,20 [63,2; 74,1]	69,58 [64,5; 74,5]

Таблица 3. Изменение оценки интенсивности болевой реакции и вегетативного статуса у пациентов группы сравнения с торакоабдоминальной травмой без явлений шока (n = 23; Ме [Q1;Q3])

Показатели	Норма	Исходное состояние	После терапии	Через 24 часа
Шкала ВАШ (баллы)	0 [0; 0]	7 [3; 7] *	5 [4; 5] *	4 [4; 4] *
АМо (%)	42,5 [38,8; 46,3]	54,9* [52,5; 57,5]	44,3 [41,6; 47,1]	76* [73,2; 78,7]
ИН (усл. ед.)	150 [100; 200]	268,5* [260,1; 277,6]	216,5* [209,3; 223,7]	380,5* [371,4; 387,9]

Примечание: * — Различия достоверны в сравнении с нормальным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни);

** — Различия достоверны в сравнении с исходным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни)

Таблица 4. Изменение оценки интенсивности болевой реакции и вегетативного статуса у пациентов основной группы с торакоабдоминальной травмой без явлений шока (n = 19; Ме [Q1;Q3]) данного показателя свидетельствовало о напряжении адаптационных механизмов

Показатели	Норма	Исходное состояние	После терапии	Через 24 часа
Шкала ВАШ (баллы)	0	7 [3; 7] *	3 [2; 3] **	2 [1; 2] **
АМо (%)	42,5 [38,8; 46,3]	56,1* [53,7; 58,1]	46,5* [43,8; 48,2]	47,5* [44,8; 48,7]
ИН (усл. ед.)	150 [100; 200]	273,9* [265,5; 280,3]	174,7 [167,3; 202,7]	182,5 [169,1; 203,6]

Примечание: * — Различия достоверны в сравнении с нормальным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни);

** — Различия достоверны в сравнении с исходным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни)



Таблица 5. Изменение оценки интенсивности болевой реакции и вегетативного статуса у пациентов группы сравнения с торакоабдоминальной травмой с шоком централизации (n = 55; Me [Q1;Q3])

Показатели	Норма	Исходное состояние	После терапии	Через 24 часа
Шкала ВАШ (баллы)	0 [0; 0]	8 [7; 9] *	5 [2; 7] **	6 [6; 7] **
АМо (%)	42,5 [38,8; 46,3]	47,9* [43,1; 53,6]	59* [51,8; 63,3]	35* [28,5; 41,4]
ИН (усл. ед.)	150 [100; 200]	656,3* [626,9; 682,8]	842,7* [815,7; 869,6]	499,5* [453,8; 556,9]
Примечание: * — Различия достоверны в сравнении с нормальным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни); ** — Различия достоверны в сравнении с исходным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни)				

Таблица 6. Изменение оценки интенсивности болевой реакции и вегетативного статуса у пациентов основной группы с торакоабдоминальной травмой с шоком централизации (n = 52; Me [Q1;Q3])

Показатели	Норма	Исходное состояние	После терапии	Через 24 часа
Шкала ВАШ (баллы)	0	8 [7; 9] *	3 [2; 3] **	2 [2; 2] **
АМо (%)	42,5 [38,8; 46,3]	48,6* [44,6; 55,4]	40,7 [37,3; 44,6]	43,6 [38,2; 49,1]
ИН (усл. ед.)	150 [100; 200]	622,9* [568,3; 666,1]	593,9* [554,5; 645,1]	237,1* [202; 272,3]
Примечание: * — Различия достоверны в сравнении с нормальным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни); ** — Различия достоверны в сравнении с исходным показателем (при $p \leq 0,05$; критерий Манна-Уитни)				

данных производили с помощью программ Microsoft Excel 2016, Statistica 10. Поскольку вычисленный показатель свидетельствовал о распределении количественных данных, отличающихся от нормального, для анализа использовались непараметрические критерии. Описание количественных показателей выполнено при помощи Median 25-75 %, оценку достоверности различий средних данных проводили с использованием U-критерия Манна-Уитни при уровне значимости $p < 0,05$ [9].

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях с наличием торакоабдоминальной травмы в группе сравнения без явления шока оценка интенсивности боли по ВАШ составила 7 [3;7] баллов (табл. 3,4).

Использование у 23 больных группы сравнения в качестве анальгезии сочетания метамизола натрия и дифенгидрамина позволило несколько снизить выраженность болевой реакции, уровень обезболивания удалось достичь у 13 пострадавших

(56,5 %), 10 пациентам возникла необходимость усилить схему анальгезии трамадолом. Общее состояние пострадавших позволило провести в приемном отделении в полном объеме качественный первичный осмотр.

У 19 пациентов основной группы с торакоабдоминальной травмой врачами и фельдшерами бригад скорой помощи и территориального центра медицины катастроф по шкале ВАШ была также выставлена оценка в 7 [3;7] баллов, поэтому группы можно считать сопоставимыми. Применение для купирования болевой реакции у больных основной группы предлагаемой нами схемы позволило достигнуть наилучшего анальгетического эффекта. Оценка интенсивности боли по ВАШ сразу снизилась до 3 [2;3] баллов. Транспортировка пострадавших в стационар не ухудшила изучаемый показатель.

Через 24 часа исследования медиана показателя по группе составила 2 [2;2] балла.

Как известно, нейровегетативное напряжение может сыграть дестабилизирующую роль в процессах десинхронизации электрической активности сердца. Исходя из данного

предположения, определенный интерес носило изучение математического анализа ритмограмм сердца. Наши исследования показали, что у пострадавших в дорожно-транспортном происшествии торакоабдоминальная травма без признаков шока в обеих группах приводила к увеличению амплитуды моды и индекса напряжения (рис. 8) до верхних границ нормы (АМо = 55; ИН = 200). На наш взгляд, это свидетельствовало о компенсаторном стрессе.

Применение в интенсивной терапии комплексной анальгезии в догоспитальном периоде позволило поддерживать состояние вегетативной нервной системы в более выгодном функциональном состоянии, в то время как в группе сравнения изменение.

В группе сравнения у 55 больных торакоабдоминальная травма (табл. 5) вызывала выраженную болевую реакцию (8 [7;9] баллов), которая привела к развитию шока централизации. Введение трамадола 1 мг/кг в сочетании с дифенгидрамином пострадавшим группы сравнения вызывало уменьшение интенсивности боли: медиана оценки составила 5 [2;7] баллов. Однако полученный результат нельзя расценивать как удовлетворительный, т. к. боль интенсивностью более 5 баллов считается достаточно сильной. Несмотря на стремление добиться качественного обезболивания, реально достичь его с помощью вышеуказанной схемы анальгезии оказалось возможным только у 21,7 % пострадавших: именно такое количество пострадавших оценили интенсивность боли при поступлении в стационар менее чем в 3 балла, остальным повторно вводился трамадол. Через 24 часа после травмы оценка интенсивности боли в группе сравнения составила 6 [6;7] баллов.

Математический анализ сердечного ритма показал, что возникший травматический шок способствовал развитию некомпенсированного дистресса. На фоне травмы показатели ИН у больных с травматическим шоком централизации были в обеих группах выше верхней границы нормы почти более чем 4 раза, при этом показатели АМо были в пределах физиологических колебаний, что указывало на чрезмерное напряжение компенсаторных механизмов сердечно-сосудистой системы. В группе сравнения, несмотря на проводимую интенсивную терапию, показатель АМо превысил верхнюю границу нормы, а ИН вырос в 1,5 раза и только к концу первых суток снизился в 2 раза, но находился в

зоне некомпенсированного дистресса, при этом показатели АМо находились на нижней границе нормы, что могло свидетельствовать об ограниченности адаптации.

В основной группе у 52 пострадавших (табл. 6) выраженный болевой синдром (8 [7;9] баллов) спровоцировал развитие шока централизации. Применение для анальгезии предлагаемой схемы вызывало у пострадавших основной группы более эффективное обезболивание, чем в группе сравнения. При этом удовлетворительного (3 баллов и ниже) уровня обезболивания удалось достичь у 71,1 % пострадавших.

У большинства пострадавших процесс транспортировки не ухудшил оценку интенсивности боли в травмацентре первого уровня — 2 [2;2] балла. Тем не менее 15,4 % пациентов пришлось повторно вводить трамадол.

Применение разработанной терапии в догоспитальном периоде позволило сохранить показатели АМо у больных основной группы, одновременно ИН постепенно снижался до компенсированного дистресса, что говорило об уменьшении влияния симпатического звена нервной системы на сердечный ритм.

■ ВЫВОДЫ:

1. Анализ данных визуально-аналоговой шкалы боли и изучения показателей ритмограмм показал, что использование с анальгетической целью комбинации метамизола натрия и дифенгидрамина оказывало недостаточный обезболивающий и стресс-протекторный эффект у пострадавших группы сравнения с торакоабдоминальной травмой без шока, купирование болевой реакции достигалось усилением схемы трамадолом. У большинства пострадавших с развитием шока централизации схемы (трамадол + дифенгидрамин) или (метамизол натрия + трамадол + дифенгидрамин) в предлагаемых дозировках не смогли снизить интенсивность болевой реакции до 3 баллов. Повышение дозы трамадола воздействовало на сознание пациентов (сонливость, заторможенность).

2. Совместное использование далагрина, наркотического анальгетика и нестероидного противовоспалительного препарата обеспечивало хорошую анальгезию, нейровегетативную защиту, при осмотре в приемном покое пострадавшие основной группы были контактны, что способствовало более тщательному сбору жалоб, анамнеза и осмотру больного. ■



Список литературы:

1. Багненко С. Ф., Миннуллин И. П., Чикин А. Е., Разумный Н. В., Фисенко В. С. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях // Вестник Росздравнадзора. — 2013. — № 5. — С. 25–30 [Bagnenko S. F., Minnullin I. P., Chikin A. E., Razumnyj N. V., Fisenko V. S. Sovvershenstvovanie medicinskoj pomoshhi postradavshim pri dorozhno-transportny'x proissheshtviyax // Vestnik Roszdravnadzora. — 2013. — № 5. — S. 25–30 (in Russ.)]
2. Callcut R. A., Wakam G., Conroy A. S. et al. Discovering the truth about life after discharge: long-term traumarelated mortality // Journal of Trauma and Acute Care Surgery. — 2016. — Vol. 80, No 2. — P. 210–217.
3. Martel M. O., Wasan A. D., Jamison R. N., Edwards R. R. Catastrophic thinking and increased risk for prescription opioid misuse in patients with chronic pain // Drug and Alcohol Dependence. 2013. T. 132. № 1-2. С. 335–341
4. Плахотников А. В., Чикун В. И., Дуков Д. В. и др. Анализ дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом в г. Красноярске и его пригородах по данным Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за 2014–2015 годы // Сибирское медицинское обозрение. — 2017. — № 4. — С. 19–23 [Plakhotnikov A. V., Chikun V. I., Zhukov D. V., etc. Analysis of road traffic accidents with a fatal outcome in the city of Krasnoyarsk and its suburbs according to the data of the Krasnoyarsk Regional Bureau of Forensic Medical Expertise for 2014–2015 // Siberian Medical Review. — 2017. — No. 4. — p. 19–23 (in Russ.)]
5. Мирошниченко А. Г., Большакова М. А., Рахманов Р. М. и др. Перспективы применения шкалы тяжести больных с изолированной и сочетанной травмой анестезиологом-реаниматологом в противошоковом зале приемно-диагностического отделения // Скорая медицинская помощь. 2019. — Т. 20. — № 4. — С. 44–50 [Miroshnichenko A. G., Bolshakova M. A., Rakhmanov R. M., etc. Prospects for the use of the scale for assessing the severity of patients with isolated and combined trauma by an anesthesiologist-resuscitator in the anti-shock hall of the reception and diagnostic department // Emergency medical services. — 2019. — T. 20. — No. 4. — P. 44–50 (in Russ.)]
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8646-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-24-dekabrya-2012-g-1445n-ob-utverzhenii-standarta-skoroy-meditsinskoy-pomoschi-pri-shoke, svobodnyj> (дата обращения: 27.03.2019) [Prikaz Ministerstva zdravooxraneniya RF ot 24 dekabrya 2012 g. N 1445n «Ob utverzhenii standarta skoroy medicinskoj pomoshhi pri shoke» [E'lektronnyj resurs]. — Rezhim dostupa: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8646-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-24-dekabrya-2012-g-1445n-ob-utverzhenii-standarta-skoroy-meditsinskoy-pomoschi-pri-shoke, svobodnyj> (data obrasheniya: 27.03.2019) (in Russ.)]
7. Huskisson, E. C. Measurement of pain // Lancet. — 1974. — Vol. 304, Issue 7889. — P. 1127–1131
8. Баевский Р. Н., Кириллов О. И., Клецкин С. З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. — М.: Наука, 1984. — 219 с. [Baevsky R. N., Kirillov O. I., Kletskin S. Z. Mathematical analysis of changes in the heart rate under stress. — Moscow: Nauka, 1984. — 219 p. (in Russ.)]
9. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с. [Glancz, S. Mediko-biologicheskaya statistika: per. s angl. / S. Glancz. — M.: Praktika, 1998. — 459 s. (in Russ.)]

Клинические варианты начального периода (дебюта) острого инфаркта

Е. И. Харьков¹, Е. А. Светлов², Н. Ю. Цибульская¹

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

² КГБУЗ КМК БСМП им Н. С. Карповича.



Евгений Иванович Харьков,
д. м. н., профессор, заведующий кафедрой
пропедевтики внутренних болезней и тера-
пии, Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Термин «предынфарктный период», «предынфарктное состояние» в литературе последних лет незаслуженно забыт и редко используется, но он по своей сути отражает динамику процесса. Оценивается данный период ретроспективно, уже после развившегося инфаркта миокарда. Касательно стенокардии этот период определяется как «нестабильная стенокардия», это более узкое понятие, прослеживается проспективно и ограничивается сроком в 4 недели. Нестабильная стенокардия может регрессировать или перейти в более тяжелый функциональный класс стабильной стенокардии, закончиться внезапной смертью либо развитием инфаркта миокарда.

По клинической картине различают несколько вариантов начального периода инфаркта миокарда:

Типичный (ангинозный) вариант: ведущим синдромом является боль. Боль интенсивная, чаще давящего, сжимающего характера, не купирующаяся нитроглицерином, длительностью более 20 минут (может длиться несколько часов), локализуемая за грудиной, с возможной иррадиацией в плечо, межлопаточную область, нижнюю челюсть, шею и т. п.,

■ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВНЕЗАПНО НА ФОНЕ ПОЛНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ БЕЗ КАКИХ ЛИБО ВИДИМЫХ ПРОВОЦИРУЮЩИХ ПРИЧИН, «КАК ГРОМ СРЕДИ ЯСНОГО НЕБА», НО ЧАЩЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРЕДШЕСТВУЕТ «ПРЕДЫНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД», ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ УСУГУБЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, УЧАЩЕНИЕМ, УТЯЖЕЛЕНИЕМ И ИЗМЕНЕНИЕМ ХАРАКТЕРА ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ, СНИЖЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ, ОСЛАБЛЕНИЕМ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ОБЫЧНЫХ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ РАНЕЕ ХОРОШО КУПИРОВАЛИ БОЛИ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ПОТРЕБНОСТИ В НИТРАТАХ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ, ПЕРЕХОДОМ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СТЕНОКАРДИЮ ПОКОЯ ИЛИ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ВОЗНИКШИМИ ПРИСТУПАМИ СТЕНОКАРДИИ.

сопровождаясь резкой слабостью, холодным, липким потом, чувством нехватки воздуха, имеющая яркую эмоциональную окраску (тревога, страх смерти). У части больных появляется головокружение, обморок с кратковременной потерей сознания. Иногда боли могут носить волнообразный характер, то усиливаясь, то ослабевая. Многочасовые боли (status anginosus), плохо купирующиеся наркотиками, указывают на вероятность разрыва сердца. Пациенты, перенесшие «инфарктную атаку», запоминают ее на всю жизнь, часто с точностью до минут определяют ее начало и окончание, давая очень образное описание болевого синдрома в соответствии со своими представлениями, образованием, профессией: «сердце как тисками сжало», «грудь как бетонной плитой придавило», «как слон на грудь наступил».

Пациент — химик по образованию ассоциировал эти ощущения со своей профессиональной деятельностью: «как соляной кислотой сердце обожгло». У некоторых больных возникает желание «разорвать грудь, чтобы дать сердцу свободу». Классический болевой вариант встречается в среднем у 50 % больных. У пациентов с сахарным диабетом, повторными инфарктами миокарда, пожилых людей боли

могут быть менее выраженными. Причиной боли при инфаркте миокарда принято считать — как и при стенокардии — аноксию. В качестве раздражителей, вызывающих боль, служат, вероятно, метаболиты, образовавшиеся вследствие гипоксии миокарда. К их числу относятся кислые метаболиты: молочная, пирувиноградная и фосфорная кислота, а также не кислые метаболиты: гистамин, фосфокреатин и другие, образующиеся в связи с аноксией.

Периферический вариант: инфаркт миокарда начинается с более нетипичной локализации. В. А. Крыжановский (2001) выделяет следующие формы периферического варианта инфаркта миокарда:

— леволопаточная (боли локализируются в левой лопатке, боли в сердце могут появиться в дальнейшем или отсутствуют совсем);

— леворучная (боли по всей руке или только в кисти);

— предплечье (в локтевом суставе, плече, плечевом суставе);

— верхнепозвоночная (боли в верхнегрудном отделе позвоночника);

— нижнечелюстная и ушная (боли в нижней челюсти, зубах, ушах);

— гортанно-глоточная (боли в глотке, гортани).

Но эти формы периферического варианта не ограничиваются. Боли

могут появляться в правом плече, нижних конечностях. Вспоминается случай, когда у пациентки с развившимся инфарктом миокарда боли локализовались в области больших пальцев стоп, и она обследовалась на предмет наличия подагры. Периферический вариант встречается в 25 % случаев. Иллюстрацией периферического варианта начала инфаркта миокарда может служить следующее клиническое наблюдение: Больная В., 67 лет, обратилась на прием в стоматологическую поликлинику по ул. Воронова с жалобами на интенсивные боли в нижней челюсти справа. Врачу-стоматологу объяснила: «Зуб болит около двух недель, но болит странно. Ничего не дает делать по дому. Стоит только начать уборку в квартире он начинает болеть, а если ничего не делать, то не болит. Пока шла на прием, несколько раз останавливалась из-за болей в челюсти. Наверное, зуб не хочет, чтобы его удалили». При осмотре стоматолог обнаружил кариозный зуб справа на нижней челюсти. Пациентка сильно волновалась и настояла на удалении зуба, так как «зубное сверление боится еще больше». Врач приступил к операции. При проведении анестезии лидокаином больная побледнела, покрылась холодным липким потом, потеряла сознание. Это состояние было расценено врачом как анафилактический шок на введение лидокаина, хотя пациентка перед инъекцией отрицала аллергические реакции на лидокаин, и утверждала, что «ранее он ей вводился при лечении

зубов». Проводились мероприятия по борьбе с анафилактическим шоком, вызвана реанимационная бригада скорой медицинской помощи. Бригадой скорой помощи была проведена регистрация ЭКГ, на которой обнаружен острый инфаркт миокарда передней локализации. Больная госпитализирована в инфарктное отделение БСМП, где диагноз инфаркта миокарда подтвердился.

Абдоминальный (гастралгический) вариант: боли появляются в эпигастриальной области, ощущаются в правом подреберье, в области пупка и в правой подвздошной области. Они могут распространяться по всему животу. Обычно боли возникают внезапно и достигают чрезвычайной интенсивности, имитируя клинику «острого живота»: острый аппендицит, прободную язву, острый холецистит, острый панкреатит и др. Больных с такой клиникой часто доставляют в хирургические стационары и в некоторых случаях ошибочно оперируют. При абдоминальном варианте инфаркт миокарда может начаться с картины пареза кишечника и динамической кишечной непроходимости. Иногда на первый план выступают диспептические расстройства, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, понос. Таким больным ошибочно выставляется диагноз пищевой токсикоинфекции. Они доставляются в инфекционные или токсикологические отделения. Часто оказание помощи таким больным начинают с промывания желудка, эндоскопии, что может привести к очень тяжелым последствиям. При

пальпации живот в большинстве случаев оказывается мягким, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. В некоторых случаях боли в животе при инфаркте миокарда следует дифференцировать с тромбозом мезентериальных сосудов, расщеплением аневризмы брюшного отдела аорты, тромбозом селезеночной артерии. Абдоминальный вариант наблюдается в 5 % случаев. Клиническое наблюдение: больная К., 49 лет, повар столовой КраЗа, была доставлена машиной скорой помощи в приемный покой БСМП с диагнозом «острый аппендицит». Из анамнеза выяснено, что больна в течение 6 часов, когда на работе появилась тошнота, двукратная рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, резкая слабость, потливость, головокружение. Позднее присоединились боли в эпигастрии, правой подвздошной области, однократный жидкий стул. Прием но-шпы, анальгина облегчения не принес. Вызвана скорая помощь. При осмотре в приемном покое: сохраняются боли в правой подвздошной области, вокруг пупка. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. В крови лейкоцитоз. Температура — 37,7 град. Проведена аппендэктомия. На операции и гистологически — катаральный аппендицит. На третьи сутки после операции появились давящие боли за грудиной. Снята ЭКГ, на которой картина острого заднего инфаркта миокарда 3-4-дневной давности. В данном случае не предусмотрели возможность развития инфаркта миокарда и своевременно



не провели ЭКГ-исследование, что привело к диагностической и лечебной ошибке.

Церебральный вариант: симптоматика острого нарушения коронарного кровообращения. Но нужно помнить о возможности «тромботического дуплета»: сочетания инфаркта миокарда и ишемического инсульта. Встречаемость этого варианта до 10 %.

Астматический вариант: ведущим симптомом является одышка, удушье. Астматический приступ часто возникает внезапно, без предвестников. Данное состояние может ошибочно расцениваться как приступ бронхиальной астмы, как проявления пневмонии. Астматический вариант часто осложняется острой левожелудочковой сердечной недостаточностью и в отличие от приступа бронхиальной астмы в легких выслушиваются влажные хрипы (при бронхоспазме — сухие хрипы, зачастую дистанционные). Встречается в 5-8 % случаев. Трудность диагностики ярко иллюстрируют наши клинические наблюдения: больная Г., 63 лет, инвалид по психическому заболеванию, вызвала скорую помощь в связи с остро развившимся приступом удушья. В карте вызова врач скорой помощи записал следующее: «Больная возбуждена, «хватает ртом воздух», высказывает опасение по поводу скорой смерти. При разговоре дыхание урежается до 18-20 в 1 мин. В легких хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритма правильного. ЧСС — 78 в 1 мин, АД — 140/90 мм рт. ст. Со слов родственников, в течение 2 дней употребляла алкоголь». Состояние расценено как реактивный психоз. Введено 2 мл аминазина внутримышечно. В присутствии врача скорой помощи появилось бурлящее дыхание с пенистым кровавым отделяемым изо рта, развился отек легких. Вызвана реанимационная бригада. Из отека больную удалось вывести. На ЭКГ — острый инфаркт миокарда. В дальнейшем диагноз подтвержден в инфарктном отделении БСМП.

Больная П., 49 лет, доставлена в приемный покой БСМП с диагнозом «двухсторонняя нижнедолевая пневмония». При поступлении предъявляла жалобы на кашель со скудным отделением слизистой мокроты, одышку в покое, повышение температуры тела до 38 градусов, головокружение, резкую слабость, потливость. Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, страдает гипертонической болезнью. Около 3 дней назад появились катаральные явления,

сухой кашель, поднялась температура до 37,3 градуса. В день обращения около 14 часов (за 3 часа до поступления) одышка и кашель резко усилились, появилась резкая слабость, холодный липкий пот. При осмотре состояние расценено как среднетяжелое. В легких с обеих сторон ниже углов лопаток выслушивались влажные хрипы. Тоны сердца глухие, ритм сердца правильный с ЧСС 90 в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. В приемном покое проводились исследования крови (обнаружен лейкоцитоз), рентгенологическое исследование легких. В период ожидания результатов рентгенографии больная потеряла сознание. Констатирована клиническая смерть. Реанимационные мероприятия были не эффективны. На аутопсии — передний распространенный повторный инфаркт миокарда с захватом сосочковых мышц.

Аритмический вариант: на первый план выступают нарушения сердечного ритма и проводимости сердца. При любом впервые возникшем нарушении ритма, прежде всего, следует исключить инфаркт миокарда. Немотивированное усугубление давно существующей аритмии также настораживает в отношении возможности инфаркта миокарда. Дебютом инфаркта миокарда могут выступать остро развившиеся блокады сердца вплоть до полной поперечной блокады с приступами МЭС. Усугубление хронической сердечной недостаточности также может рассматриваться как вариант начального периода инфаркта миокарда. Когда у больного с ХСН на фоне плановой, адекватной терапии, обычного физического режима резко выросли застойные явления, следует исключить развитие инфаркта миокарда.

Комбинированный вариант: название говорит само за себя. В некоторых случаях клиническая картина может проявляться сочетанием нескольких вариантов.

Безболевой (бессимптомный) вариант. «Боль — крик сердца о помощи». По непонятным до сегодняшнего дня причинам, в некоторых, даже в большом количестве случаев, сердце сигнала тревоги в виде боли не подает. Безболевая ИБС и безболевой инфаркт миокарда («немой убийца») — пожалуй, самый большой бич и вопрос современной кардиологии. Люди, не ощущающие коронарные боли, в невыгодном положении по сравнению с теми, кто ее испытывает. При болях человек создает более комфортные, щадящие условия для

работы сердца (останавливается, принимает нитроглицерин), может обратиться за помощью, вызвать скорую помощь, в противном случае нужды в этом не ощущается и сложившуюся ситуацию разрешает только случай. Поэтому безболевой (бессимптомный) инфаркт миокарда можно выявить только случайно, либо постфактум при регистрации ЭКГ, если на ней обнаруживаются рубцовые изменения. Безболевой инфаркт миокарда встречается в среднем в 10 % случаев. По большому счету безболевой и бессимптомный инфаркт миокарда разные понятия. При безболевом варианте эквивалентом боли может выступать резкая слабость, потливость, чувство дискомфорта и тревоги, а при бессимптомных каких-либо жалоб и симптомов нет вообще.

Клиническое наблюдение: больной 3., 52 лет, врач. В служебном автобусе по пути на работу почувствовал резчайшую слабость, покрылся холодным липким потом, «ноги стали ватными, что не мог стоять». Попросил уступить сидячее место. Каких-либо других ощущений, болей и дискомфорта в области сердца не было. По прибытии на работу сразу сделана ЭКГ, на которой картина острейшего инфаркта миокарда. До развития инфаркта и в последующий период приступов стенокардии или каких-либо эквивалентов стенокардии не отмечал. Умер внезапно через 2 года после перенесенного инфаркта миокарда во сне.

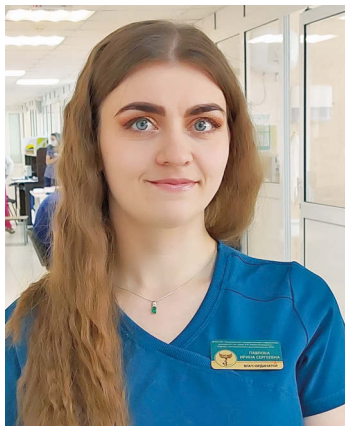
Инфаркт миокарда «на ногах»

Одной из причин пропуска инфаркта миокарда является бессимптомное или малосимптомное течение, другой — когда клиника была, но пациент по тем или иным причинам не обращался за медицинской помощью (не имел возможности, не имел желания). В таких случаях перенесенный инфаркт миокарда диагностируется при случайном или профилактическом электрокардиографическом исследовании. На ЭКГ обнаруживаются рубцовые изменения и в этих случаях говорят, что пациент перенес инфаркт миокарда на ногах.

Разнообразие клинических дебютов затрудняет диагностику инфаркта миокарда. О возможности инфаркта миокарда нужно помнить при обследовании пациентов с любой острой, даже непрофильной, патологией. При малейшем подозрении на инфаркт миокарда необходима срочная регистрация ЭКГ. При поступлении в стационар независимо от профиля заболевания всем пациентам в обязательном порядке проводится электрокардиография. ■

Клинический случай развития миокардита после перенесенной коронавирусной инфекции

И. С. Павлова, врач-ординатор, Ю. В. Омылова, А. А. Копытко, В. М. Хачатрян
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Ирина Сергеевна Павлова,
врач-ординатор
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ («БОДРСТВУЮЩАЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНОСТЬ») — ВАЖНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. СОГЛАСНО ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, 12 ЧАСОВ — КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ДЛЯ ОБРАТИМОСТИ ГЛУБОКОЙ КОМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ХОРОШЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ. ВС НАЗЫВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. СУЩЕСТВЕННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО (ДНИ, НЕДЕЛИ) ОТСУТСТВИЯ КАКОГО-ЛИБО СОЗНАТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ИЛИ ОСОЗНАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПЕРЕД ПОСТАНОВКОЙ ДИАГНОЗА.

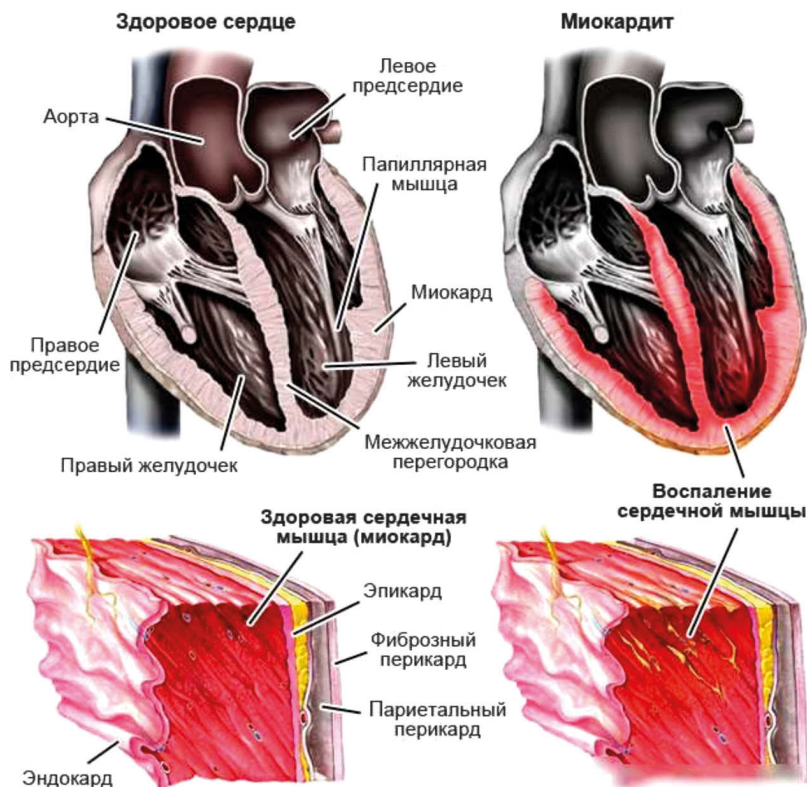
Миокардит — воспаление сердца, которое характеризуется наличием воспалительного инфильтрата и повреждением миокарда без его ишемии.

В условиях настоящей пандемии тяжелый острый респираторный синдром, вызванный коронавирусом (SARS-CoV-2), следует рассматривать в качестве предиктора и потенциального источника повреждения миокарда и развития ФМ. По данным разных авторов, при COVID-19 острое повреждение миокарда возникает от 12 % до 28-30 % случаев. Вероятно, патофизиология миокардита представляет собой сочетание прямого вирусного поражения кардиомиоцитов и иммунного ответа человека на вирусное поражение миокарда.

■ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ МИОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО SARS-COV-2

Простые исследования и экспресс-тесты, такие как серийная ЭКГ и определение сердечных биомаркеров, могут вызвать подозрение на острое проявление симптомов со стороны сердца. Особое внимание следует уделять изменениям биомаркеров, а не только показаниям, полученным по отдельности. В качестве вспомогательных методов диагностики могут использоваться такие методы визуализации сердца, как эхокардиография и МРТ сердца.

Миокардит как окончательный диагноз устанавливается с помощью ЭМБ, и если проводится инвазивная катетеризация, сопутствующая ЭМБ добавит



немного времени и не приведет к дальнейшему риску распространения инфекции по сравнению с одной только катетеризацией. Для пациентов, которые не могут пройти МРТ сердца, для оценки острого респираторного дистресс-синдрома КТ сердца с контрастом это быстрая, воспроизводимая, точная и надежная альтернатива, которую можно добавить к КТ легких с высоким разрешением.

Первый этап лечения фульминантного миокардита следует проводить согласно протоколу лечения кардиогенного шока, который включает использование инотропов или вазопрессоров, искусственную вентиляцию легких.

Для лечения аритмии можно использовать временную кардиостимуляцию или антиаритмические препараты. Затем, в зависимости от степени тяжести, может потребоваться механическая поддержка кровообращения. Следует соблюдать осторожность при использовании НПВП и препаратов, удлиняющих интервал QT у пациентов с COVID-19, так как данные препараты могут ухудшить симптомы со стороны сердца.

■ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МИОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО SARS-COV-2

Клинический случай 1

Пациент М, 31 год, поступил 04.01.2021 в отделение реанимации и интенсивной терапии № 3 с диагнозом «инфекционный миокардит, ассоциированный с коронавирусной инфекцией, тяжелое течение».

Осложнение: СН 2 Б со сниженной ФВ 24 %. IV ФК по NYHA. Малый двусторонний гидроторакс. Гидроперикард.

Фоновое: внебольничная двусторонняя полисегментарная пнев-

мония, абсцедирующая справа, тяжелое течение с исходом в пневмосклероз. Хронический абсцесс нижней доли правого легкого.

Сопутствующее: состояние после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, тяжелое течение (ПЦР положительный от 15.12.2020, отрицательный 30 и 31.12.2020).

Из анамнеза: заболел 15.10, когда впервые отметил повышение температуры до субфебрильных значений. Обращался в частную клинику — получал лечение. В Богучанах с 23.10 по 24.11 находился на дневном стационаре — выписки на руках нет. На фоне лечения отмечает ухудшение: нарастание одышки, слабости, учащенное сердцебиение. Выписан на работу. Дважды ПЦР на COVID-19 — отриц. Рентген ОГК при выписке — без патологии. 02.12 вызвал СМП в связи с ухудшением самочувствия, доставлен в ФМБА. Выполнена МСКТ ОГК — двухсторонняя полисегментарная вирусная пневмония КТ2. 03.12 обратился к терапевту в частную клинику. Выполнена ЭхоКГ: выраженное снижение глобальной сократимости миокарда ЛЖ, ФВ = 23 %, диффузный гипокинез. Значительная (203 ст.) регургитация МК, умеренная регургитация (2 ст.) на ТК. Дилатация всех сердечных полостей. Умеренная легочная гипертензия, СДЛА = 48 мм рт. ст. ЭКГ от 03.12. 13.13: синусовая тахикардия с ЧСС 134 в мин, локальное нарушение внутрижелудочковой проводимости, нарушение процессов реполяризации в миокарде верхушечно-боковой области (вероятно, обусловленное миокардитом). Госпитализирован в отделение пульмонологии, 19.12.2020–4.01.2021 — лечение в условиях ОРИТ № 1.

Проводилась вазопрессорная поддержка норадреналином от 0,190 до 0,476 (мкг/кг/мин) с 20.12.20 по

10.01.21. Учитывая сердечную недостаточность, низкую ФВ, проводилась инфузия симдакса по схеме ч/з ДЛВ с 5.01 по 6.01.

ЭхоКГ до инфузии симдакса: КДР ЛЖ 6,0 см, КДО 183 мл, КСО 128 мл, ФВ 20 %

ЭхоКГ динамика после: КДР ЛЖ 6,5 см, КДО 210 мл, КСО 133 мл, ФВ 24 %.

Лечение включало:

— преднизолон для подавления воспаления (Tab.Prednizoloni 1,5 т утро + 0,5 т вечер);

— противовирусные препараты (Tab.Arepliviri 200 mg (3 таб.);

— противогрибковые (Флуконазол (2 мг/мл) 100 мл x 1 раз в день в/в капельно, затем Флуконазол (капсула 150 мг) по 1 капс. x 2 раза в день, внутрь);

— муколитические препараты («АЦЦ Актив» (порошок д/вн 600 мг) x 3 раза в день)

— норадреналин 0,190 до 0,476 мкг/кг/мин для поддержки гемодинамики;

— симдакс с целью повышения фракции выброса;

— диуретики (Furosemidi 40 mg в/в стр. 2 раза в день) для уменьшения нагрузки на сердце;

— в качестве антибактериальной терапии: Амикацин (порошок д/р-ра д/инф.) 1000 мг + Натрия хлорид (0,9 %) 250 мл; Бакцефорт 1+1 г + г + Натрия хлорид (0,9 %) 20 мл x 3 раза в день, в/в струйно.

Затем были назначены:

Ванкомицин 1 г + Натрия хлорид (0,9 %) 200 мл x 2 раза в день, в/в капельно;

Имипенем 500 мг + Циластатин 500 мг + Натрия хлорид (0,9 %) 100 мл x 4 раза в день в/в капельно;

гастропротекторы (Caps.

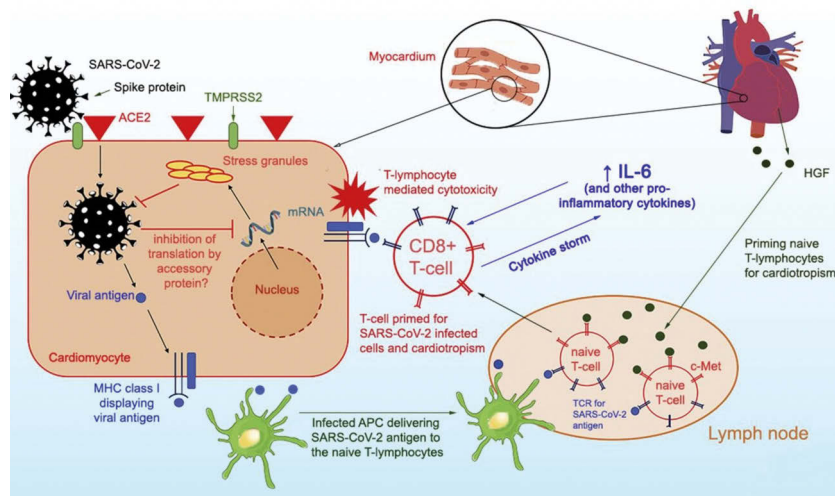
Omeprazoli 20 mg 1 капс. 1 раз в день);

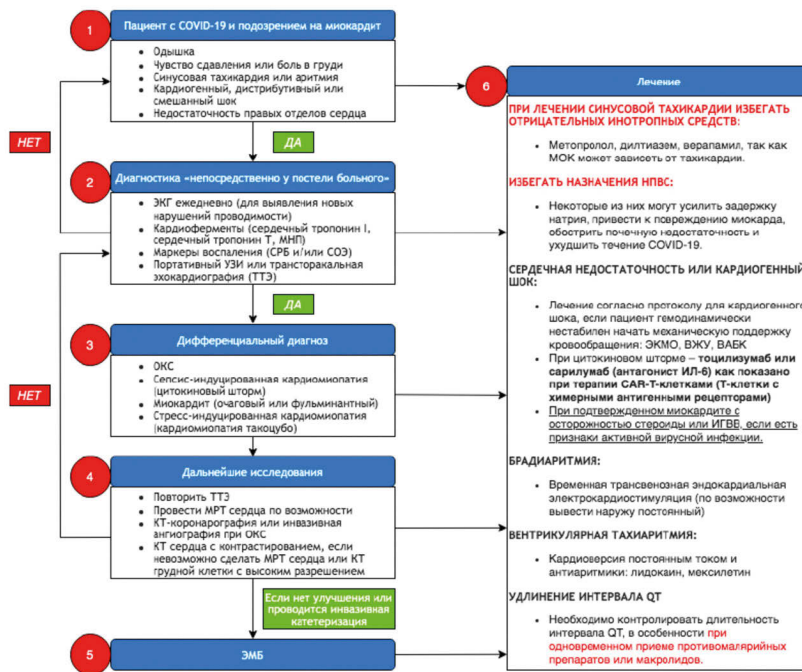
антикоагулянты (Sol. Heparini 2500 ED п/к 4 раза в день);

антиаритмическая терапия (Дигоксин 250 мкг по 1/2 таб. x 1 раз в день утром).

После лечения пациенту стало значительно лучше. В течение месяца температура тела не повышается, сатурация в пределах 97-98 % (ранее респираторная поддержка через кислородный концентратор), стабилизация АД в пределах 110-120 мм рт. ст. (ранее АД 80-90 мм рт. ст.).

Эхокардиография показала улучшение показателей размеров и функции сердца (в том числе фракция выброса левого желудочка с 20 % поднялась до 25 %). Значительно снизились уровни маркеров повреждения миокарда после лечения. Тропонин был 0,06 нг/л. После трех недель Тропонин Т 0,02 нг/л. По сан. авиации проконсультирован





аритмологом Михаилом Владимировичем Чередниченко — показаний для экстренной имплантации ресинхронизатора нет. Консультация аритмолога ККБ 1 в плановом порядке после выписки пациента. 15.03.2021 пациент был выписан. По согласованию с заведующим 1-й кардиологии ККБ № 1 Александром Евгеньевичем Рязановым, рекомендовано встать в лист ожидания на пересадку сердца.

Клинический случай 2

Пациент Ш. поступил в ОРИИТ № 3 08.01.21 с диагнозом: «новая коронавирусная инфекция COVID-19», вирус идентифицирован от 03.12.2021. Осл.: двухсторонняя полисегментарная внебольничная пневмония, острый вирусный миокардит с формированием сердечной недостаточности IIБ. Гидроторакс двухсторонний. Асцит.

Болеет с 12.11.20, беспокоит слабость, температура до 38,5 градусов, головная боль, кашель. Амбулаторно принимал амoxicлав, состояние не улучшалось, 25.11 вечером появились боли в животе, доставлен по скорой помощи в БСМП, осмотрен хирургом — острой патологии не выявлено, проведена рентгенография легких — двухсторонняя пневмония, госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Пациент находился в отделении пульмонологии с 26.11 по 08.01 с диагнозом. Проводилась терапия — антибактериальная, антикоагулянтная, инфузионная, гормональная, диуретическая, коррекция терапии проводилась совместно с клиническим

фармакологом, эндокринологом, пульмонологом.

По серии ЭхоКГ отмечалось прогрессивное снижение фракции выброса с 42 % до 27 % на фоне диффузного гипокинеза. Увеличение всех полостей сердца. Недостаточность митрального клапана 2–3-й ст., на ТК 3-й ст. Развитие легочной гипертензии. СДЛА до 56 мм рт. ст. РНК Coronavirus SARS-CoV-2 (коронавирус 2019-nCoV) не обнаружена от 04.01.2021, 06.01.2021.

08.01.2021 пациент переведен в ОРИИТ № 3. Несмотря на продолжающуюся интенсивную терапию, состояние больного оставалось тяжелым, проявления сердечной недостаточности не купировались, сохранялась кислородозависимость, гипотония, почечная дисфункция. 14.01.2021 проведен консилиум в составе проф. Е. И. Харькова, зав. отд. Е. А. Светлова, проведена коррекция терапии — минимальные дозы бета-блокаторов, добавлен к лечению препарат форсига. Состояние оставалось тяжелым, проводилась терапия — инотропная поддержка, антибиотикотерапия, антикоагулянты, диуретики, ИПП, препараты железа, коррекция анемии, переливание эритроцитарной взвеси.

С целью повышения сердечного выброса проводилась инфузия лево-симендана 2 мл/ч 29.01.21–30.01.21. ЭхоКГ в динамике от 01.02.2021 КДР ЛЖ 7,4 см, ФВ ЛЖ 19 %. Недостаточность МК, ТК 3 ст. СДЛА 72 мм рт. ст. Эхо-свободное заднее переднее — 0,4 см без признаков сдавливания полостей сердца. Компьютерная

томография легких от 05.02.2021 — картина при наличии клинических и лабораторных данных может соответствовать вирусной пневмонии (в т. ч. COVID): КТ — 2 среднетяжелая. Общий объем поражения не более 50 %. Двусторонний плеврит, лимфаденопатия. В сравнении с КТ от 27.01 — динамика отрицательная. Пациент по телефону консультирован с зав. отд. кардиохирургии А. В. Пустовойтовым и зав. отд. кардиореанимации К. А. Линевым, обсуждена проводимая терапия, согласована тактика ведения больного. Пациент поставлен первым в списке ожидания по трансплантации сердца, 04.02.2021 в ККБ № 1 передана кровь пациента для индивидуального подбора донора. ЭхоКГ в динамике от 10.02.2021 КДР ЛЖ 7,0 см. Фракция выброса 17 % Недостаточность митрального клапана, трикуспидального клапана 3-й ст. СДЛА 60 мм рт. ст. Эхо-свободное пространство заднее — 0,3 см без признаков сдавливания полостей сердца. В плевральных полостях значительное количество жидкости. Состояние оставалось крайне тяжелым — нарастали проявления сердечной недостаточности, олигурия, полиорганная недостаточность. 11.02.2021 в 01:30 по кардиомонитору асистолия, сердечно-легочная реанимация в полном объеме, без эффекта. 11.02.2021 02:00 констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: осл: новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (ПЦР-мазка зев/нос SARS-CoV-2 от 03.12.2020, РНК обнаружена), тяжелое течение. Осл: двухсторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. ДН II. Острый вирусный миокардит с формированием недостаточности митрального клапана 3–4-й степени, трикуспидального клапана 3-й степени. Выпотной перикардит, СН IIБ со сниженной фракцией выброса, декомпенсация. Двухсторонний гидроторакс. Асцит. Острое почечное повреждение легкой ст., по типу гепато-ренального синдрома, прerenальное. Синдром полиорганной недостаточности. Асистолия от 11.02.2021.

Заключение: в настоящее время механизмы повреждения сердца, связанного с COVID-19, до конца не изучены, но можно определить, что вирусная токсемия запускает воспалительный каскад, сопровождающийся снижением экспрессии белка АПФ2 в миокарде, развитием цитотоксического шока, дисфункцией макро- и микрососудистого русла, способствует развитию дисфункции миокарда, СН, нарушениям ритма сердца. ■

Первый успешный опыт рентгенэндоваскулярной эмболизации кровотечения из бронхиальных артерий в условиях отделения РХМДЛ КГБУЗ «КМКБСМП им Н. С. Карповича»

Д. А. Черных, А. Л. Кузнецов, М. А. Калягина, Т. Л. Коренева, К. И. Лаптенков, Р. Ю. Чикинев, А. В. Беспалов, А. Р. Дзгоев



Дмитрий Александрович Черных, врач рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения отделения РХМДЛ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Ввиду множества причин для развития ЛК эпидемиологию этого процесса установить трудно. По сообщению ряда авторов в 3-42 % всех случаев развития ЛК был установлен идиопатический характер ЛК. До половины всех жизнеугрожающих легочных кровотечений заканчиваются летальным исходом.

Лечебная тактика при легочном кровотечении зависит от его интенсивности. При кровохарканье I степени состояние больного, как правило, не страдает. При массивном кровотечении, (II степень) или профузном (III степень) кровотечении кровь поступает полным ртом, пациент не успевает ее откашливать, быстро появляются признаки дыхательной недостаточности — вследствие аспирации геморрагического отделяемого в бронхи легкого развивается асфиксия.

■ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ЛК) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ РАЗЛИЧНЫХ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО (БАКТЕРИАЛЬНОГО, ВИРУСНОГО И ГРИБКОВОГО) ИЛИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО (ТУБЕРКУЛЕЗ, СИФИЛИС) ПРОИСХОЖДЕНИЯ, А ТАКЖЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ. ТАКЖЕ ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

Таблица 1. Лабораторные анализы:

Тромбоциты (подсчет в мазке)		62,00 <	10 ⁹ /л
Коагулограмма-скрининг			
Протромбиновый тест по Квику	54,00 <	%	(83,40–128,80)
Протромбиновое время	14,20 >	сек	(9,40–11,30)
МНО	1,34 >		(0,90–1,08)
Фибриноген	1,50 <	г/л	(1,54–3,97)
АЧТВ	81,70 >	сек	(27,70–40,20)
WBC Лейкоциты	11,0 >	10 ⁹ /л	(4,0–8,5)
RBC Эритроциты	4,11 <	10 ¹² /л	(4,20–5,70)
HGB Гемоглобин	110,0 <	г/л	(130,0–165,0)
HCT Гематокрит	35,7 <	%	(37,0–47,0)
MCV Средний объем эритроцитов	86,9	фл	(79,0–95,0)
MCH Среднее содержание гемоглобина в эритроц.	26,8 <	пг	(29,0–34,0)
Цветовой показатель		0,80 <	(0,82–1,02)
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.		30,8	г/дл
RDW-CV Коэф. вариации отклонения размера эритроц. от сред. зн.		23,80 >	% (11,50–16,50)

Основными методами лечения являются консервативная терапия, фибробронхоскопия с последующей остановкой кровотечения, хирургические методы и эндоваскулярная эмболизация бронхиальных артерий.

Применение эндоваскулярных методов остановки легочного кровотечения рекомендовано при неэффективности консервативного и эндоскопического методов лечения.

Стоит отметить, что количество и отхождение бронхиальных артерий очень различно и катетеризация БА является достаточно сложной манипуляцией и требует хорошего знания анатомии рентгенохирургом.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной М, 82 года, поступил в приемное отделение инфекционного корпуса КМКБСМП им. Н. С. Карповича в крайне тяжелом состоянии, АД 60/40 мм рт. ст., признаками септического шока, по данным КТ, картина характерна для полисегментарной септической пневмонии. Больной госпитализирован в ОРИТ инфекционного корпуса с DS: внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести, стадия разрешения, ДН 0.

Сопутствующий: новая коронавирусная инфекция, вирус не идентифицирован. ГБ 3, риск 4, ИБС, стенокардия 3 ФК, ХСН 2Бст. Хроническая форма фибрилляции предсердий.

На фоне лечения состояние больного улучшилось, переведен в инфекционное отделение для дальнейшего лечения.

На 14-й день в палате отделения инфекции у больного при осмотре отмечается кровохарканье алой кровью до 200 мл. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 100 ударов в мин, ЧД 20 в мин, сатурация кислородом 88-90%.

Больной переведен в ОРИТ № 4.

Больному проведена трахеобронхоскопия: легочное кровотечение 3-й степени. Вероятный источник: дефект слизистой устья правого главного бронха по латеральной стенке. Эндоскопический инъекционный гемостаз. Подтекание крови сохраняется.

Учитывая DS: двухсторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Осл.: ДН1-2. Легочное кровотечение III ст., нестойкий гемостаз, тяжелое состояние больного (нарастание явлений дыхательной недостаточности), сопутствующие заболевания, было принято решение о попытке рентгенэндоваскулярной остановки кровотечения.

Пациент доставлен в операционную РХМДЛ для экстренного эндоваскулярного вмешательства.

Операция проведена под общим эндотрахеальным наркозом.

Рис 1. Ангиограмма правой бронхиальной артерии (визуализируется патологический сброс контрастного вещества)

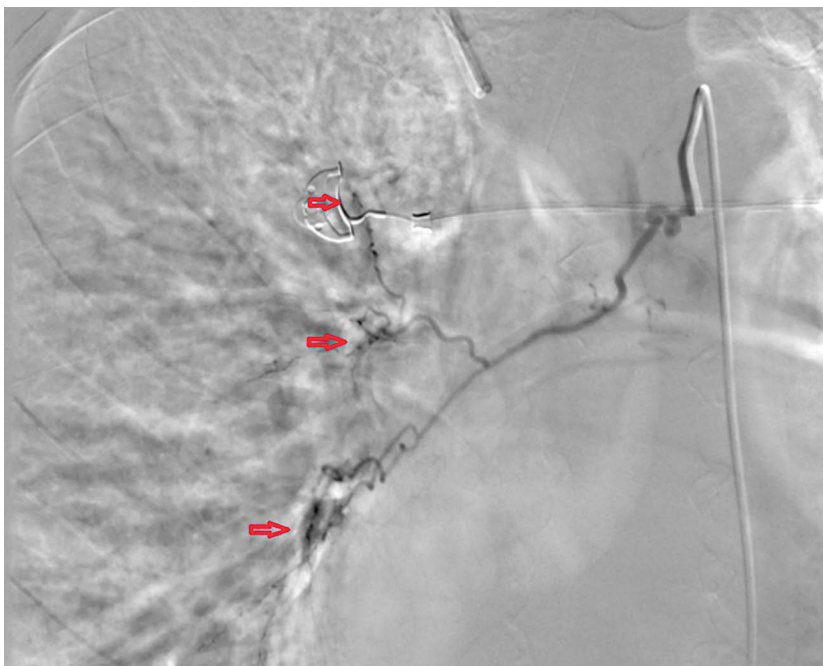
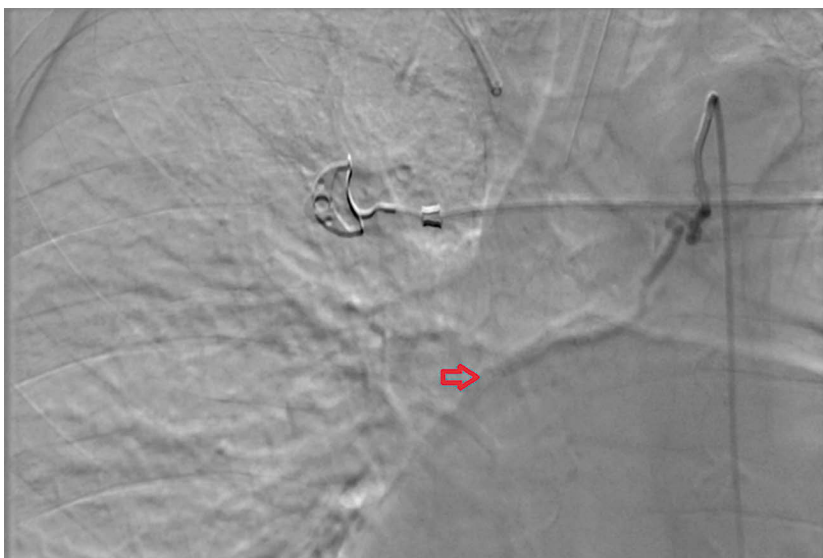


Рис 2. Окклюзия правой бронхиальной артерии (патологический сброс не визуализируется)



Выполнена пункция правой бедренной артерии (по методу Сельдингера).

С определенными сложностями анатомии модифицированным катетером катетеризована правая бронхиальная артерия. На контрольной ангиограмме визуализируется патологический сброс контрастного вещества из дистальных ветвей правой бронхиальной артерии (ветви, являющиеся источником кровотечения). Порционно введено эмболизирующее вещество через установленный катетер в правую бронхиальную артерию к месту патологического сброса.

На контрольной ангиограмме определяется полная окклюзия правой бронхиальной артерии, которая являлась источником кровотечения.

Больной переведен в ОРИТ №4, где продолжена консервативная терапия и стабилизация состояния больного. Эпизодов кровотечения далее не отмечалось.

Таким образом, эндоваскулярный метод остановки легочных кровотечений является эффективным и может проводиться больным, если остальные способы лечения не достигли должного результата. ■

Поражения желудочно-кишечного тракта при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

Авторы: Е. П. Тихонова¹, Т. Ю. Кузьмина¹, Ю. С. Калинина¹, Г. Г. Строкина²

¹ФГБОУВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

²КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича, г. Красноярск»



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

Входные ворота возбудителя — эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2). Клеточная трансмембранная сериновая протеаза типа 2 (ТСП2) способствует связыванию вируса с АПФ2, активируя его S-протеин, необходимый для проникновения SARS-CoV-2 в клетку. Установлено, что АПФ2 и ТСП2 экспрессированы на поверхности различных клеток не только органов дыхания, но и органов пищеварения (пищевод, кишечник). И как подтверждение этому нуклеокапсидный белок вируса был обнаружен в цитоплазме эпителиальных клеток слюнных желез, желудка, двенадцатиперстной и прямой кишки. Исследование 1000 образцов тканей легких у представителей разных рас не обнаружило различий в частоте экспрессии АПФ2, но установила ее повышение с возрастом пациента [1].

Гастроэнтерологические симптомы, включая боль в животе и диарею,

■ НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) — ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ (II КЛАСС ПАТОГЕННОСТИ) ОДНОЦЕПНЫМ РНК-СОДЕРЖАЩИМ ВИРУСОМ SARS-COV-2, ИМЕЮЩЕЕ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ (ОСНОВНОЙ), ВОЗДУШНО-ПЫЛЕВОЙ И КОНТАКТНЫЙ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА (ОСОБЕННО ЕГО НИЖНИХ ОТДЕЛОВ) И РЯДА ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ: ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ, НЕРВНОЙ; ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОТОРОГО МОГУТ БЫТЬ ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ, СЕПСИС, ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК, ТРОМБОЗЫ И ТРОМБОЭМБОЛИИ. НАИБОЛЬШИЙ ПРОЦЕНТ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ЧАЩЕ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

наблюдались у 20-50 % пациентов COVID-19, иногда эти симптомы предшествуют развитию респираторных проявлений [2, 3]. У пациентов с инфекцией COVID-19 выявляются признаки поражения системы органов пищеварения: диарея, тошнота, рвота, анорексия, боль в животе, повышение активности печеночных трансаминаз. Однако одни из последних исследований устойчивости вируса в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) человека показали, что в отличие от известных кишечных вирусных патогенов, таких как ротавирусы [4], SARS-CoV-2 достаточно быстро инактивируется и теряет вирулентность в содержимом кишечной трубки [5]. Опубликованы данные о частом выявлении РНК SARS-CoV-2 в образцах стула у пациентов COVID-19 [6].

Кроме этого, дополнительным повреждающим фактором поликомпонентной терапии новой коронавирусной инфекции является необоснованное применение антибиотиков на ранней стадии заболевания. В случае антибактериального лечения COVID-19 создаются предпосылки для нарушения среды обитания микрофлоры кишечника, в том числе избыточная контаминация

тонкой кишки, феномен, называемый синдромом избыточного бактериального роста (СИБР). Некоторые лекарственные препараты, используемые в лечении COVID-19, могут иметь неблагоприятное воздействие на микробиоценоз. Применение азитромицина, а также комбинации ритонавира и лопинавира, гидроксихлорохина может спровоцировать тяжелую диарею, дисбиоз кишечника, особенно при поступлении в стационар [7, 8]. Цефтриаксон и другие антибиотики способствуют развитию дисбиотических нарушений и псевдомембранозного колита. Также в этих условиях возможно обострение и декомпенсация хронической патологии пищеварительной системы, наличие и тяжесть которых может значительно влиять на течение инфекции COVID-19, особенно это касается пациентов пожилого возраста [9].

Наряду с этиотропной терапией применение пробиотиков, энтеросорбции с позиции этиопатогенеза у больных COVID-19 вполне обоснованы [10, 11]. В практике врача появляются новые поколения современных энтеросорбентов.

Препаратом выбора для коррекции гастроинтестинальных проявлений



может быть Полисорб® МП — неорганический неселективный полифункциональный энтеросорбент на основе высокодисперсного кремнезема с размерами частиц до 0,09 мкм и с химической формулой SiO_2 . Полисорб® МП обладает выраженными сорбционными и детоксикационными свойствами. В просвете ЖКТ препарат связывает и выводит из организма эндогенные и экзогенные токсические вещества различной природы, включая патогенные бактерии и бактериальные токсины, антигены, пищевые аллергены, лекарственные препараты и яды, соли тяжелых металлов, радионуклиды, алкоголь.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Полисорб® МП у больных новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 для коррекции гастроинтестинальных проявлений на фоне лекарственной терапии.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 76 пациентов старшей возрастной группы, больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 с характерными симптомами заболевания и средней степени тяжести заболевания, а также осложненной пневмонией (КТ 1-2, 15-35 % поражения). Диагноз новой коронавирусной инфекции был подтвержден во всех случаях положительным результатом ПЦР на SARS-CoV-2 COVID-19. Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие гастроинтестинальных проявлений, которые регистрировались в течение не менее 3 дней пребывания в стационаре. Критерием исключения

явилось наличие онкологической патологии, хронических заболеваний ССС в стадии декомпенсации, сахарного диабета в стадии декомпенсации, системных заболеваний, в том числе НЯК, болезни Крона и других длительных хронических дисфункций ЖКТ в анамнезе.

Среди обследованных пациентов 45 (59,2 %) женщин и 31 (40,8 %) мужчина в возрасте 58–75 лет, при этом в 81,6 % случаев (61 пациент) больные имели возраст старше 70 лет. В лечении всех пациентов применяли стандартную этиотропную противовирусную, антибактериальную, патогенетическую, симптоматическую терапию, согласно временным методическим рекомендациям МЗ РФ по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (версии 9-10).

В соответствии с дизайном исследования, участники исследования

были случайным методом рандомизированы на 2 группы. Основную группу составил 41 больной, к стандартной терапии которых был добавлен препарат Полисорб® МП в дозе 1-2 столовые ложки «с горкой» на 1 прием — 3 раза в день, с интервалом приема других препаратов не менее 1-2 часов. Группу сравнения составили 35 больных, получавших стандартную терапию. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, с отсутствием рецидивов хронических заболеваний. Статистическая обработка материалов проводилась на ПК Pentium MMX в среде WINDOWS XL с помощью пакета прикладных программ MicrosoftOffice 2008 (MS Excel) и программы STATISTICA 7.0 (StatSoftInc, США).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

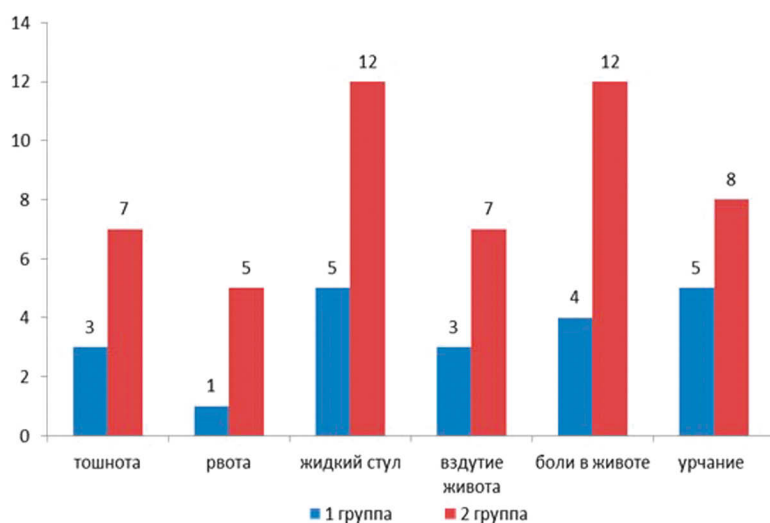
В инфекционный ковидный госпиталь были госпитализированы пациенты с новой коронавирусной инфекцией на 3-8-й день от начала заболевания. У 48 (63,2 %) пациентов диагноз коронавирусной инфекции COVID-19 подтвержден на догоспитальном этапе, у 28 (36,8 %) — в первые сутки госпитализации. Инкубационный период составлял $8,0 \pm 4,0$ дней. Все больные имели показания для госпитализации — средняя тяжесть основного заболевания, осложнение пневмонии, наличие хронической сопутствующей патологии.

Неблагоприятным фоном тяжести коронавирусной пневмонии было наличие следующих хронических заболеваний: у 42 (55,3 %) пациентов — патология сердечно-сосудистой системы — ИБС, гипертоническая болезнь, ХСН I-II ст.; у 14 (18,4 %) пациентов — метаболический синдром с ожирением II-III ст.; у 9 (11,8 %) больных — кахексия; у 31 (40,7 %) пациентов — субкомпенсированный сахарный диабет; у 8 (10,5 %) — бронхиальная астма или ХОБЛ, ДН I-II ст.;

Таблица 1. Характеристика гастроинтестинальных проявлений у пациентов, включенных в исследование

Симптомы	1-я группа n=41	2-я группа n=35
Анорексия	6 (14,6 %)	4 (11,4 %)
Водянистая диарея 5-15 раз в сутки	41 (100 %)	35 (100 %)
Тошнота	36 (87,8 %)	32 (91,4 %)
Рвота до 3-5 раз в сутки	11 (26,6 %)	10 (28,5 %)
Умеренная боль в брюшной полости	41 (100 %)	35 (100 %)
Вздутие живота	18 (43,9 %)	16 (45,7 %)
Урчание в животе	28 (68,2 %)	24 (68,5 %)

Рис. Динамика клинических показателей



у 13 (17,1 %) — последствия перенесенных ОМНК с грубым неврологическим и когнитивным дефицитом; хроническая патология почек — 7 (9,2 %). Также у 64 (84,2 %) пациентов одновременно имелось более двух хронических заболеваний, что требовало дополнительного приема лекарственных препаратов по хроническим заболеваниям.

Все пациенты имели наиболее распространенные симптомы новой коронавирусной инфекции: лихорадку ($38,7 \pm 0,7$), кашель, одышку ($CHC 24,0 \pm 2,0$), тяжесть в грудной клетке, заложенность носа (42,1 %), першение и боли в горле (63,2 %), миалгии (100 %), слабость и утомляемость (100 %). А также менее распространенные для коронавирусной инфекции симптомы, такие как потеря вкуса (15,8 %) и обоняния (28,9 %), анорексия (13,1 %), водянистая диарея 5-15 раз в сутки (100 %), тошнота (89,5 %), рвота до 3-5 раз в сутки (27,6 %), умеренная боль в брюшной полости (100 %), вздутие живота (44,7 %), урчание в животе (68,4 %).

При этом интоксикационный синдром и катаральные явления у всех пациентов имелись с первых суток от начала заболевания, тогда как гастроинтестинальные проявления у 18,4 % имелись в первые дни заболевания, но у основной массы больных (81,6 %) появлялись на 5-8-й день стационарного лечения на фоне этиотропной (противовирусной, антибактериальной) терапии.

Результаты анализа клинических данных свидетельствовали о более быстром купировании основных диспепсических симптомов у пациентов, в терапии которых использовался препарат Полисорб® МП. Так,

длительность таких симптомов, как тошнота, рвота, диарея, боли в животе у пациентов в основной группе была достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

На фоне применения препарата Полисорб® МП тошнота купирована

на 3-й день лечения, рвота — на 1-й день, жидкий стул — на 5-й день, боли в животе — на 4-й день, вздутие живота — на 3-й день, урчание в животе до 5 дней. В то время как в контрольной группе тошнота сохранялась до 7 дней, рвота — до 5 дней, жидкий стул и боли в животе — до 12 дней, вздутие живота — до 7 дней, урчание в животе — до 8 дней.

Также на фоне уменьшения и полного купирования гастроинтестинальных проявлений отмечалось улучшение общего самочувствия пациентов, хорошая переносимость этиотропной противовирусной, антибактериальной терапии, компенсация по имеющейся хронической патологии.

Выводы: таким образом, результаты проведенного клинического исследования наглядно подтверждают эффективность применения энтеросорбента Полисорб® МП в комплексной терапии новой коронавирусной инфекции и профилактике постдиарейных нарушений микробиоценоза желудочно-кишечного тракта. Применение препарата Полисорб® МП обосновано при гастроинтестинальных проявлениях коронавирусной инфекции COVID-19. ■

Список литературы:

- Chen, Y., Shan K., Qian W. Asians and Other Races Express Similar Levels of and Share the Same Genetic Polymorphisms of the SARS-CoV-2 Cell-Entry Receptor. Preprints 2020, 2020020258.
- Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Зольникова О. Ю. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и система органов пищеварения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2020. — 30(2). — С. 3–7.
- Lin L., Jiang X., Zhang Z. et al. Gastrointestinal Symptoms of 95 Cases With SARS-CoV-2 Infection. Gut. — 2020. — Vol. 69(6). — P. 997–1001
- Estes M. K. G., Knipe D. M., Howley P. M. et al. Rotaviruses, in Fields Virology (Philadelphia: WoltersKluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013), 6th ed., pp. 1347–1401.
- Zang R., Gomez Castro M. F., McCune B. T. et al. TMPRSS2 and TMPRSS4 promote SARS-CoV-2 infection of human small intestinal enterocytes. Sci Immunol. — 2020. — Vol. 5(47): eabc3582. doi:10.1126/sciimmunol.abc3582.
- Cheung K. S., Hung I. F., Chan P. P. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples from the Hong Kong Cohort and Systematic Review and Meta-analysis. Gastroenterology. — 2020 — Apr 3: S0016-5085(20)30448-0.
- Nikolaou E., Kamilari E., Savkov D. et al. Intestinal microbiome analysis demonstrates azithromycin post-treatment effects improve when combined with lactulose. World J Pediatr. 2020;16(2):168–176.
- Pinto-Cardoso S., Klatt N. R., Reyes-Terán G. Impact of antiretroviral drugs on the microbiome: unknown answers to important questions. Curr Opin HIV AIDS. 2018;13(1):53–60.
- Захаренко С. М., с соавт. Нежелательные лекарственные реакции со стороны ЖКТ и антибиотикоассоциированная диарея при применении антибиотиков в амбулаторной практике: профилактика и лечение. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2019; 3: 196–206.
- Гриневич В. Б., Кравчук Ю. А., Педь В. И., Сас Е. И., Саликова С. П., Губонина И. В., Ткаченко Е. И., Ситкин С. И., Лазебник Л. Б., Голованова Е. В. Ведение пациентов с заболеваниями органов пищеварения в период пандемии COVID-19. Клинические рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;179(7): 4–51.
- Бомштейн Н. Г., Болотов Ю. В., Ким И. А., Трухин Д. В. Эффективность сорбированных пробиотиков в комплексном лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 в условиях стационара. Медицина экстремальных ситуаций. 2020; 4 (22):31–35.

В жизни всегда есть место подвигу

А. О. Бабушкин, Е. П. Тихонова, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»



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

■ **«ВЫ БУДЕТЕ ПЕРВЫМИ, КОМУ МОЖЕТ СЛУЧИТЬСЯ ВСТАТЬ НА ПУТИ К ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАСПРОСТРАНЕНИЮ БОЛЕЗНИ», — ЭТИ СЛОВА НЕОДНОКРАТНО СЛЫШАТ БУДУЩИЕ ВРАЧИ В СТЕНАХ МЕДУНИВЕРСИТЕТА, ЭТИ СЛОВА ПОВТОРЯЮТ ИМ СТАРШИЕ КОЛЛЕГИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ЭТИ СЛОВА ПОВТОРЯЮТ И ОНИ САМИ, БУДУЧИ ВРАЧАМИ-ПРАКТИКАМИ В ОБЩЕНИИ С МОЛОДЕЖЬЮ.**

Представители любой профессии с благодарностью вспоминают своих учителей, передающих свои знания и практические навыки. В профессии врача опыт старших коллег поистине бесценен, особенно в работе с опасными и заразными болезнями. Хорошей традицией у врачей и младшего медицинского персонала инфекционного корпуса КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» стали занятия по совершенствованию навыков работы с больными инфекционного профиля. Один из классиков отечественной литературы сказал: «В жизни всегда есть место подвигу», и к такой ситуации нужно быть готовым...



1995 год. Прилетел самолет. Но это были лишь только учения...



1999 год. Так будем работать



2003 год. Л. К. Орлова осматривает больного с птичьим гриппом



2009 год. Проверка из института ООИ г. Иркутска



2011 год. Представление готовности службы медицинским руководителям из регионов края



Главное — защита!

Сегодня эти фотофрагменты «игры в чуму» невольно вызывают улыбку. Кто бы мог подумать, что жизнь преподнесет медицинскому сообществу жесткую проверку на профессионализм, связанную с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. В 2020 году карантинные мероприятия охватили не только инфекционный корпус, но и практически все отделения БСМП, а статус врача-инфекциониста приобрели многие врачи, имеющие ранее другие медицинские специализации. И конечно, не обошлось и без печальных последствий, когда наши коллеги сами оказывались на больничной койке. Болезнь не щадила никого, кто-то не смог справиться и навечно остался в памяти родных, близких и нас — коллег. 2020 год войдет в мировую историю как время больших потерь и сильных эмоций, радостей и тревог, огромного труда и безграничной надежды на выздоровление. Коллектив БСМП достойно справился со всеми вызовами — иначе и быть не могло. Ведь в больнице работают замечательные люди, преданные своему делу, талантливые, ответственные специалисты, среди которых врачи инфекционного госпиталя: В. И. Черных, Т. Ю. Кузьмина, Е. П. Тихонова, А. Д. Алимов, Г. Г. Строкина, Н. А. Дьяченко, Е. Н. Кожемякина, А. А. Анисимова, Д. А. Чувакова, О. А. Тюшевская и другие... От всей души поздравляем коллег с профессиональным праздником. Желаем успешного карьерного роста и огромного стремления к познанию медицинского предназначения! ■

Опыт применения комплекса «Литотриптер «Медолит» в лечении больных с МКБ на базе кабинета рентгенударноволновой дистанционной литотрипсии КМКБСМП им. Н. С. Карповича

М. В. Атраднов



Максим Владимирович Атраднов,
врач-уролог кабинета РДУВЛ КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

К большому сожалению, механизм образования камней в почках малоизучен. Медики шутят, что это как любовь — на всю жизнь. А если серьезно, то к камнеобразованию приводят малоизученные направления обмена веществ. В частности, одним из вариантов объяснения можно считать изменение экологической обстановки в территории проживания человека, наличие промышленных предприятий, изменение химического состава воды, воздуха. Эти и другие показатели приводят к дисбалансу в организме человека, и, как следствие, росту заболеваемости нефролитиазом. Следует отметить, что распространение заболеваемости пиелонефритом также повышает риск приобрести камень в почке.

В 1992 году в больнице скорой медицинской помощи открылось отделение рентгенударноволновой дистанционной литотрипсии. Долгое время

■ МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (НЕФРОЛИТИАЗ) ЯВЛЯЕТСЯ СЕГОДНЯ ОДНИМ ИЗ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ДАЕТ ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ НОСЯТ В ПОЧКАХ КАМНИ. ВПРОЧЕМ, ДИАГНОЗ «НЕФРОЛИТИАЗ» НЕ ЗВУЧИТ КАК ПРИГОВОР. МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ ОТЛИЧНО УМЕЕТ СПРАВЛЯТЬСЯ С НЕДУГОМ, ЕЙ ПО СИЛАМ ИЗБАВИТЬ ОТ КАМНЕЙ И МЛАДЕНЦА, И ПРЕСТАРЕЛОГО ЧЕЛОВЕКА.

отделением руководила врач-уролог высшей квалификационной категории Татьяна Анатольевна Большакова. Новый метод лечения мочекаменной болезни позволяет избавить пациентов от камней в почках и мочеточниках без оперативного пособия на российском комплексе «Урат-П». За годы работы комплекса (1992–2011 годы) при помощи данного оборудования произведено более 5000 сеансов дистанционной литотрипсии, более 3000 пациентов избавлены от камней почек и мочеточников без операции. Но развитие техники не стоит на месте, и российскими учёными разработан новый комплекс экстракорпоральный компьютеризированный полигенераторный с ультразвуковой и рентгеновской системами наведения для дистанционной литотрипсии почечных и мочеточниковых конкрементов «Литотриптер «Медолит».

В 2011 году КМКБСМП им. Н. С. Карповича приобрела комплекс «Литотриптер «Медолит». После проведения соответствующего ремонта в рентгенооперационной и пусконаладочных работ с участием специалистов ООО НПП «Медолит» в апреле 2012 года аппарат был введен в эксплуатацию.

Современные дистанционные литотриптеры имеют следующие технические компоненты:

- генератор ударных волн;
- система фокусировки и наведения ударной волны;
- система локализации.

Характерная черта современных дистанционных литотриптеров — их полифункциональность (в состав комплекса входит полифункциональный рентгенурологический стол, приспособленный для выполнения любых рентгенэндоскопических манипуляций: цистоскопии, катетеризации мочеточников, уретроскопии, перкутанной нефролитотрипсии).

Дистанционные литотриптеры основаны на трех основных принципах формирования ударной волны:

- электрогидравлический;
- пьезокерамический.

В настоящее время выделяют следующие факторы, влияющие на эффективность и безопасность дистанционной литотрипсии:

- давление в терапевтическом фокусе (МПа);
- составляющая разрядки (МПа);
- зона терапевтического фокуса;

- длительность импульса;
- эффективная энергия (мДж) определяется на площади круга 12 мм, что сопоставимо со средним размером камня;

- дезинтеграционная способность;
- доза энергии.

Ударно-волновые импульсы при точной фокусировке (рентгенологической или ультразвуковой) на камень проходят сквозь ткани и оказывают физическое воздействие только в зоне терапевтического фокуса ввиду чередования высокого и низкого давления. Непосредственное разрушение происходит вследствие эрозии и образования трещин в структуре камня. Эрозия обусловлена действием квантанционных сил в точках входа и выхода ударной волны, а образование трещин — действием сил сжатия, растяжения и сдвига. Окружающие ткани не повреждаются ввиду своей эластичности, а также потому, что находятся вне фокуса ударной волны.

Для локализации камней во время проведения сеанса ДЛТ применяют рентгенологический или ультразвуковой метод наведения. Наличие двойной системы позиционирования камня (рентген и УЗИ) позволяет выполнять литотрипсию при любой локализации и различной степени рентгенопозитивности камня. Эффективность фрагментации камня связана с точностью наведения на конкремент.

При выполнении сеанса ДЛТ ударный модуль (генератор) подводят со спины, однако при камнях нижней трети мочеточника подковообразной почки возможно выполнение ДЛТ при подведении ударного модуля со стороны передней брюшной стенки.

Показаниями для литотрипсии являются:

- локализация конкремента в почке либо мочеточнике;
- размеры конкремента не более 2 см в диаметре;
- отсутствие обтурации ниже конкремента;
- отсутствие явных признаков пиелонефрита;
- отсутствие противопоказаний со стороны других органов и систем.

В настоящее время выделяют следующие противопоказания к ДЛТ:

- технические: невозможность визуализации и фокусировки камня при весе пациента более 120 килограмм.
- общие: острые и тяжелые заболевания жизненно важных органов, в частности при аневризме аорты и почечной артерии, гемофилии, острого заболевания ЖКТ, беременности.
- урологические: врожденные и приобретенные стриктуры ниже расположения конкремента, опухоли почки и прилежащих органов,



находящихся в зоне действия ударной волны, сморщенная почка, макрогематурия, острый пиелонефрит, острая почечная недостаточность.

Работа в отделении дистанционной литотрипсии ведётся совместно с врачами урологического отделения КМКБСМП. В урологическом отделении больные проходят до- и послеоперационное лечение (проведение инфузионной, антибактериальной и спазмолитической терапии), в отделении ДЛТ непосредственно проводится сеанс ДЛТ.

С сентября 2011 года по май 2021 года на аппарате «Литотриптер «Медолит» было произведено 3112 сеансов дистанционной литотрипсии 2043 пациентам, что составляет в среднем 1,52 сеанса литотрипсии на одного пациента.

Эффективность литотрипсии составила 91,5 % за этот период (из 2043 больных у 356 пациентов отмечается отсутствие эффекта от проведённой литотрипсии). Например, эффективность дистанционной литотрипсии в НИИ урологии г. Москвы составляет 92-94 %.

По локализации конкремента пациенты распределились следующим образом:

- больные с камнями почек составили 1107 человек, что составило 42 % всех больных (камни левой почки у 642 больных, что составило 54 % от общего числа пациентов, камни правой почки у 465 больных, что составило 46 % всех больных).

- больные с камнями мочеточника составили 936 человек, что составило 46 % всех больных (камни левого мочеточника обнаружены у 496 пациентов,

что составило 53 % всех больных, камни правого — у 440 пациентов, что составило 47 % всех пациентов).

Клиническая эффективность первичного сеанса ДЛТ при камнях почки и мочеточника составила 56 % (с первого раза раздробились камни у 1144 пациентов).

За отчетный период работы на аппарате «Литотриптер «Медолит» у 211 пациентов отмечается каменная «дорожка» в нижней трети мочеточника, что потребовало проведение уретроскопии, у 67 пациентов потребовалось проведение перкутанной нефроскопии с литолапаксией, что связано с неэффективностью дистанционной литотрипсии, у 16 больных после проведения ДЛТ камней почек и мочеточников возник острый пиелонефрит, что связано с обтурацией мочеточника фрагментами конкремента (что потребовало катетеризации мочеточника). Наблюдался 1 случай острого гнойного пиелонефрита после ДЛТ камня почки, что потребовало проведения лоботомии, пиелолитотомии, нефростомии, декапсуляции почки, иссечения карбункулов.

Проведенный анализ работы отделения рентгенударно-волновой дистанционной литотрипсии показывают достаточно высокую эффективность работы аппарата «Литотриптер «Медолит», что соответствует результатам работы отделений РДУВЛ ведущих клиник России и дает хорошие перспективы для дальнейшего применения «Литотриптера «Медолит» для безопасного лечения пациентов с камнями почек и мочеточников. ■

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна

(клиническое наблюдение)

Д. Э. Здзитовецкий, С. В. Маслов, В. В. Ушанов, В. О. Гапоненко



Дмитрий Эдуардович Здзитовецкий, д. м. н., доцент, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. проф. Ю. М. Лубенского, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Впервые эта опухоль была описана Buschke и Lowenstein в 1925 году на половом члене. Это редко встречающееся заболевание, и данные о его распространенности неизвестны. Частота встречаемости данной патологии в общей популяции составляет около 0,1 %.

■ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ, НО ОПАСНАЯ

Будучи гистологически доброкачественной, клинически гигантская кондилома проявляет злокачественные

■ ГИГАНТСКАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА (ВЕРРУКОЗНЫЙ РАК, ВЕРРУКОЗНАЯ КАРЦИНОМА, ОПУХОЛЬ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА) — ЗАБОЛЕВАНИЕ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ВЫЗЫВАЕМОЕ ПЕРЕДАЮЩИМСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО 6-ГО И 11-ГО ТИПА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НАЛИЧИЕМ ОБШИРНЫХ СЛИВАЮЩИХСЯ МАССИВНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ ПО ТИПУ «ЦВЕТНОЙ КАПУСТЫ», ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ИНВАЗИВНЫМ РОСТОМ И В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ.

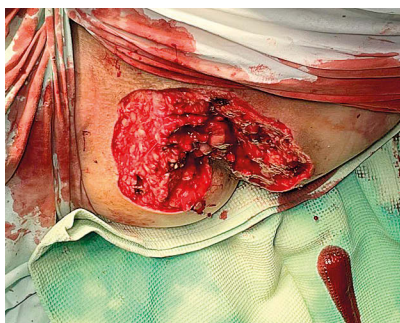
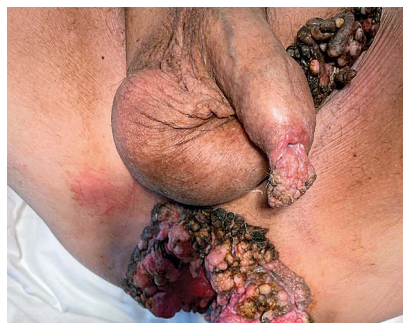
свойства, прорастая в окружающие ткани, отличается высокой вероятностью рецидива. Четких критериев и описания хирургической тактики при этом заболевании нет.

При гистологическом исследовании гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна обнаруживаются доброкачественные признаки типичной остроконечной кондиломы (акатоз, папилломатоз, койлоцитарная атипия). Среди методов лечения ведущим является хирургический, при этом обязательно широкое радикальное иссечение очагов кондилом с границей резекции до 1 см от края опухоли, в основании которой могут определяться клетки инвазивного рака. В индивидуальном порядке решается вопрос об брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и разгрузочной колостомии. Также существует методика химической и физической деструкции

патологического очага; возможна обработка кондилом препаратами кондилином, эгаллохитом, солкодермом, коломаком, подофиллином, фарезоном и др., используются методы лазерной вапоризации, радио- и криодеструкции, электрокоагуляции, аргонплазменной абляции. Имеются данные о системном и местном применении иммуномодуляторов (имиквимод, интерферон альфа, панавир). Однако, учитывая глубину распространения и массивность экзофитной части опухоли Бушке-Левенштейна, эти методы химического, физического и иммуномодулирующего воздействия требуют курсового применения и не обеспечивают радикальности лечения.

■ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент М. 1957 года рождения, житель села, считает себя больным с 20-летнего возраста, когда заметил наличие мелких папилообразных



новообразований в перианальной области, на коже препуциального мешка полового члена, левой паховой области. За медицинской помощью длительное время не обращался по психологическим причинам. В последнее время разрастание стало приобретать сливной характер, приносить неудобство после дефекации и личной гигиены, выделение гноя с неприятным запахом. Обследован у онкологов, при инцизионной биопсии злокачественного роста не выявлено. Пациент передан в общелечебную сеть для дальнейшей тактики лечения, в январе 2021 года.

При осмотре перианальная область деформирована гигантскими, контактно кровоточащими кондиломатозными разрастаниями около 18 см в диаметре, с выраженным валом каменистой плотности на границе с кожей ягодиц и внутренней поверхности бедер.

Анальный канал не дифференцируется. Лабораторные исследования на

сифилис, гепатиты «В» и «С», вирус иммунодефицита человека отрицательны. Лейкоцитоз $16 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анемия с гемоглобином 106 г/л.

После предоперационной подготовки первым этапом с целью отключения прямой кишки 18.01.2021 наложена 2-ствольная разгрузочная сигмостома. Послеоперационное течение гладкое. 30.01.2021 больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства. 15.03.2021 госпитализирован для радикального лечения. 16.03.2021 произведено электрохирургическое иссечение гигантской кондиломы перианальной области с пластической полнослойными перемещенными Z-образными кожными лоскутами, иссечение дерматопапилломы левой паховой области и препуциального мешка кожи полового члена.

Гистологическое исследование от 17.03.2021: в препаратах фрагменты

кожи, где определяются признаки псевдоэпителиоматозной гиперплазии (широкие кондиломы).

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты через 18 дней. 07.04.2021 пациент выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

11.05.2021 больной госпитализирован для восстановления этапа на толстой кишке. Признаков рецидива заболевания не определяется. 13.05.2021 произведено внебрюшинное закрытие сигмостомы. Послеоперационное течение без осложнений, функция анального сфинктера сохранена, пациент М. выписан на 7-е сутки после оперативного вмешательства под наблюдение хирурга поликлиники.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна и ее многоэтапное хирургическое лечение с благоприятным исходом заболевания. ■



Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна (карциномоподобная остроконечная кондилома) — разновидность остроконечной кондиломы, отличающаяся прогрессирующим ростом, большими размерами и настойчивым рецидивированием после проведенного лечения. Характеризуется выраженным экзофитным и эндофитным ростом с разрушением окружающих тканей, возможностью перерождения в плоскоклеточный рак кожи. Диагноз гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна основывается на ее клинической картине и требует гистологического подтверждения, которое проводится после удаления опухоли. Лечение заключается в полном иссечении кондиломы на фоне общеукрепляющей и противовирусной терапии.

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна встречается как в молодом, так и в старческом возрасте. Наиболее часто она наблюдается у мужчин и располагается на половом члене. Реже развитие кондиломы отмечается на половых органах женщин. Может иметь место экстрагенитальная локализация. Относится к предраковым новообразованиям кожи, трансформации в рак может способствовать плохая личная

гигиена, снижение иммунитета, длительное раздражающее воздействие внешних факторов.

Появление гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна обусловлено вирусом папилломы человека (ВПЧ). Предрасполагающими к ее возникновению факторами считаются травматизация, иммуносупрессия, фимоз, повышенная потливость, половые инфекции (уреаплазмоз, хламидиоз, цитомегалия). В венерологии наблюдались отдельные случаи развития гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна на фоне красного плоского лишая и склероатрофического лишая.

Заболевание начинается с появления на коже мелких образований, похожих на папилломы, бородавки или остроконечные кондиломы. Эти элементы быстро увеличиваются в размерах и сливаются друг с другом, образуя единый участок поражения, имеющий широкое основание, покрытое ворсинчатыми разрастаниями и вегетациями, разделенными выраженными бороздками. По периферии образования наблюдаются изолированные остроконечные кондиломы. Со временем вегетации разрастаются, покрываются чешуйками ороговевшего эпителия и мацерируются. В проходящих между ними бороздках скапливается отделяемое, имеющее неприятный запах. Часто происходит инфицирование, в результате чего отделяемое приобретает гнойный характер. Чаще всего гигантская кондилома Бушке-Левенштейна локализуется на половом члене в области его головки или венечной борозды. Возможно ее появление в аноректальной области, вокруг ануса, в паху, на коже половых губ и клитора у женщин, на лице (на щеках, вокруг рта, в области век или носа), на слизистой полости рта или мочеполовых органов. Отличается медленным, неуклонно прогрессирующим ростом и склонностью к рецидивированию. Прогрессирующий рост образования может привести к разрушению крайней плоти, внедрению опухоли в кавернозные тела, прорастанию прилежащих тканей с образованием свищей и изъязвлений. Возможно озлокачествление гигантской кондиломы с переходом ее в плоскоклеточный рак кожи.

Единой дружной семьей

Марьяна Долгополова

■ **ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ КРАСНОЯРСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ Н. С. КАРПОВИЧА, БОЛЬШЕ ИЗВЕСТНОЙ ГОРОЖАНАМ ПО АББРЕВИАТУРЕ БСМП, БЕРЕТ СВОЕ НАЧАЛО В 1973 ГОДУ – С МОМЕНТА ОТКРЫТИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ПОМОЩИ.**



Современная история анестезиологии началась 175 лет назад, когда в Бостонской клинике (США) врач Уильям Томас Грин Мортон 16 октября 1846 года воспользовался идеей своего друга стоматолога Хораса Уэлса и применил обезболивающую анестезию. Во время операции по удалению подчелюстной опухоли он публично продемонстрировал действие диэтилового эфирного наркоза. В России анестезию 7 февраля 1847 года впервые использовал профессор Московского университета Федор Иноземцев, а наиболее часто ее стал применять хирург и ученый Николай Пирогов, предложивший новое ректальное обезболивание, обеспечивающее полную анестезию. Наряду с медикаментозными средствами в начале XX века был изобретен ларингоскоп и за годы истории врачебного направления доктора разработали более 700 веществ и растворов, способных притупить боль у пациентов, чтобы провести необходимые манипуляции и помочь ему пережить послеоперационный стресс. Но

обучать профессии анестезиолога-реаниматолога у нас в стране стали лишь в 1967 году, открыв первую профильную кафедру в Ленинградском университете. Однако становление специальности проходило быстро, вместе с интенсивным развитием хирургии, фармакологии и медицинского приборостроения. В наши дни в больницах почти не существует подразделений, которые не используют помощь анестезиологической службы.

В Красноярской клинике БСМП анестезиолого-реанимационное отделение было организовано в декабре 1973 года при двух клинических отделениях: хирургическом и терапевтическом. Руководил реаниматологами-анестезиологами тогда врач И. Ротачев. Врачебную специальность анестезиолога-реаниматолога выбирали люди с определённым складом, которым нравились сложные медицинские приборы, позволяющие наиболее грамотно диагностировать критические состояния пациентов и правильно применять лечебные меры.

На основании приказа Министерства здравоохранения СССР от 29.12.1975 № 1188 «О дальнейшем совершенствовании реанимационной помощи населению», исходя из потребностей в реанимационной помощи появилась возможность организовать в крупных многопрофильных больницах отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Этой официальной датой можно считать организацию и дальнейшее развитие службы анестезиологии и реанимации в Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича, которая близится к своему полувековому юбилею.

15 декабря 1980 года в Красноярском городском отделе здравоохранения решили разделить созданное ранее анестезиолого-реанимационное отделение на три, мотивируя тем, что следует улучшить в больнице анестезиолого-реанимационную помощь пациентам. Так в БСМП были организованы отделения анестезиологии и ОРИТ, отделение искусственной почки. Что

— В анестезиологию люди приходят неслучайные, которые искренне хотят помочь пациентам, сделать их боль не такой острой. Анестезиолог находится в тени во время операций, хотя от его мастерства, скорости и последовательности действий многое зависит наравне с хирургом. Сейчас есть хорошее оборудование и работать стало легче, а когда-то были только мониторы с примитивной частотой пульса, газоанализатор. Большинство манипуляций приходилось делать руками, так как аппаратуры не хватало, операции проводили под местной анестезией новокаином, использовали маски Эсмарха или аппарат «Красногвардеец» с мешком для ручного искусственного дыхания. При такой ручной ИВЛ без контроля за КЩС и газами крови все зависело от профессионализма анестезиолога-реаниматолога. Корректировали анестезию, считывая информацию не с приборов, а с цвета кожи, напряжения мышц, состояния глаз. Очень сложно было в перестроечные 1990-е годы, когда случались перебои с препаратами, проблемы с техническим оснащением, был настоящий дефицит медицинской специализированной литературы. Но подразделение боевое и с поставленными задачами справлялись всегда. Наше мастерство с минимальным техническим оснащением высоко оценили германские коллеги, которые приезжали к нам в начале 2000-х годов. Постепенно стало все меняться, появилась вспомогательная аппаратура, о которой раньше даже не мечтали. К первому поколению высококласных анестезиологов БСМП относятся профессор Игорь Павлович Назаров и Галина Михайловна Зайцева. Сейчас трудится второе поколение, на смену которому приходит третье и подрастает четвертое. Мы, старшие, стараемся научить молодых врачей всему, что умеем сами. У нас в отделении изначально сложилась традиция при нештатной ситуации быстро приходить коллегам на помощь. Наш девиз — как у мушкетеров: «Один за всех — и все за одного» — в любой момент каждый готов оказать поддержку и поделиться своими знаниями с коллегой.



Анастасия Васильевна Юшкова,
врач анестезиолог-реаниматолог

касается истории отделения анестезиологии — единственного в данном виде не только в Красноярском крае, но и многих регионов России — первой заведующей его была назначена врач анестезиолог-реаниматолог Галина Михайловна Зайцева. Заслуженный врач РФ, в свои 80 лет она продолжала работать. Она возглавляла отделение в течение 16 лет вплоть до 1996 года. Тогда вместе с ней из ОРИТ больницы в новую службу перешли 11 врачей, которые ежедневно принимали участие как минимум в 12 операциях и по 2-3 анестезиолога заступали на ночные дежурства для проведения экстренных хирургических операций. ОРИТ возглавлял Станислав Игнатьевич Стародубцев, но он продолжал работать в отделении анестезиологии, брал ночные дежурства. В должности уже главного врача особое внимание уделял отделению анестезиологии, обеспеченности необходимым оборудованием, внедрению новых методов, а также уделял

внимание профессиональному росту молодых анестезиологов.

Большой вклад в становление и развитие анестезиологической службы больницы внес один из ведущих анестезиологов-реаниматологов РФ, доктор медицинских наук, профессор, академик МАНЭБ, член-корреспондент РАЕН, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС Красноярского медицинского института Игорь Павлович Назаров. Он участвовал в организации анестезиологической службы и совместно с заведующими отделений анестезиологии-реанимации и реанимации и интенсивной терапии на протяжении многих лет занимался совершенствованием методов работы специалистов городской больницы скорой медицинской помощи. Профессор с 1975 по 1988 годы являлся куратором отделений, а также основателем Красноярской школы анестезиологов-реаниматологов. Именно Назаровым было разработано новое направление

в медицине «Стресс-протекторная и адаптогенная терапия больных в критических состояниях». Методика позволяет эффективно защищать организм пациентов при получении ожогов, различных других травм и обильных кровопотерь. Все врачи отлично знают, что анестезиология не просто наркоз или обезболивание, а целая наука управления жизненными функциями человека и нередко оживление пострадавших, находящихся в критическом состоянии в результате интенсивной терапии.

Заведующим отделением анестезиологии БСМП в 1996–1999 гг. работал врач Александр Юрьевич Минеев. В то время сюда врачом-дежуром трудился ассистент кафедры анестезиологии № 2 КрасГМА Алексей Иванович Грицан, и после длительного перерыва служба вновь стала клинической базой медицинского вуза. Здешние специалисты участвовали в воспитании многих молодых анестезиологов-реаниматологов не только БСМП, но других



лечебных учреждений Красноярского края благодаря организованной базе для подготовки и повышения квалификации врачей и среднего медперсонала, в больнице скорой медицинской помощи проходили интернатуру, ординатуру, аспирантуру и специализацию несколько сотен анестезиологов-реаниматологов. В отделении работали, а многие врачи трудятся и сегодня, такие профессионалы, как Е. Г. Буйко, А. В. Годунов, Р. В. Копылов, А. А. Корчагин, О. Ю. Корольков, Т. Ю. Капкан, С. Н. Кульба, О. Б. Куликов, М. В. Луценко, Б. Ю. Медведев, И. Н. Поздеева, Н. В. Переплетчикова, И. А. Савченко и многие другие. Врачами-патриархами, работающими здесь с момента образования отделения анестезиологии-реанимации, можно назвать С. В. Шамраева и А. В. Юшкову. Значимое участие в профессиональном росте молодых врачей приняли В. Н. Ремезова, Э. С. Медведев, В. П. Левочкина, Э. В. Маричева. За свою трудовую врачебную деятельность они спасли жизни тысячам больных. Заслуженными ветеранами считаются и помощники докторов — медсестры-анестезисты Т. А. Зенькова, Н. Г. Козлова (Стрижнева) и Л. А. Щеглакова.

В 1999–2009 годах отделение анестезиологии-реанимации КГБУЗ «КМКБСМП» возглавлял Владимир Семенович Емельяшин, сделавший многое для увеличения количества сотрудников дежурной анестезиологической бригады. Затем его сменил кандидат

медицинских наук, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи Андрей Андреевич Любченко, проработавший заведующим с 2009 года до 2013-го. Он стал первым кандидатом медицинских наук в больнице по анестезиологии и первым доцентом-анестезиологом со дня основания. Он много внимания уделял современным наработкам мировой анестезиологической практики и внедрил в подведомственной службе новые анестезиологические технологии последних десятилетий. Следующим руководителем отделения стал Игорь Борисович Червяков, приступивший к работе в анестезиологической службе врачом-интерном в 1994 году. Он и сегодня продолжает заведовать отделением, развитие которого в наши дни в первую очередь связано с внедрением новейшего аппаратного обеспечения, в том числе и зарубежного.

Анестезиологические бригады оснащены самой современной наркозно-дыхательной аппаратурой, газоанализаторами и инфузионными насосами, позволяющими осуществлять дозированное и непрерывное поступление лекарств и медрастворов пациентам. Операционные укомплектованы мониторами глубины сна больных, что позволяет проводить анестезиологическое обеспечение на современном уровне, не уступая европейским требованиям. Во избежание большой

кровопотери в отделении анестезиологии-реаниматологии имеются аппараты, позволяющие выполнить аутогемотрансфузию крови, в короткие сроки приостановить кровотечение и восполнить потерю крови, а в некоторых случаях даже отказаться от переливания донорской крови или ее компонентов. Методика помогает исключить возможные осложнения, связанные с иммунологическими реакциями и инфекционными осложнениями от переливаний донорской крови.

Врачи отделения анестезиологии-реанимации легко разбираются с тем огромным объемом данных, поступающим с медицинского оборудования, систем регистрации и разнообразных устройств — нередко в считанные минуты им приходится принимать решения для спасения жизни больных. Надо сказать, что за десятилетия работы службы здесь сформировался высококлассный коллектив профессионалов. Свою медицинскую карьеру в качестве анестезиста начал бывший главный врач КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» Аркадий Борисович Коган, заведующий отделением анестезиологии и реанимации №1 ФГБУ Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова г. Москвы Борис Анатольевич Теплых.

Несмотря на сложности в медицине в 1990-х годах, организаторы отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии стремились не просто

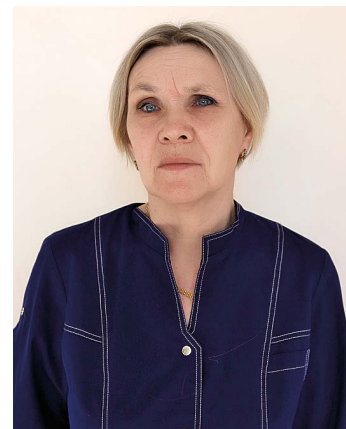


Олег Юрьевич Корольков,
врач анестезиолог-реаниматолог

— Больше 15 лет назад, когда начинал врачебную деятельность в отделении, еще успел поработать в условиях старой школы и минимальной аппаратуры. Затем анестезия шагнула из «каменного века» в новую эру: стало появляться современное оборудование, специалисты отправляли на учебу и стажировки. Анестезиология стала более сложной, дифференцированной, имеет целый ряд ответвлений и подразделов. В анестезиологию люди приходят увлеченные и знающие. Острый ум и здоровое чувство юмора — это про наших анестезиологов. Сейчас служба хорошо оснащена и развивается семимильными шагами — есть ИВЛ, определитель анестетиков и глубины нейромышечной проводимости, целый пласт анализаторов, УЗИ, дыхательная аппаратура стала более надежной и безотказной. Хирургия идет вперед настолько, насколько позволяет анестезия, без нашей помощи невозможно взять человека на операцию. В Красноярском крае очень сильная школа анестезиологов, врачи постоянно участвуют в семинарах, конгрессах, симпозиумах, печатают статьи в специализированных журналах. Анестезиологи-реаниматологи отделения выезжают с докладами в другие регионы РФ и за границу. В 2014 году мне посчастливилось выиграть конкурс стендовых докладов на Всероссийском съезде анестезиологов и реаниматологов в Казани, как победителю мне достался главный приз — поездка на Европейский съезд анестезиологов, который проходил в 2015 году в Берлине. Под руководством профессора Алексея Ивановича Грицана мы участвуем в международных исследованиях Европейского общества анестезиологов. За последние годы участвовали в двух крупных европейских исследованиях (LAS VEGAS, POPULAR), посвященных изучению влияния режимов

ИВЛ и мышечных релаксантов на развитие послеоперационных легочных осложнений. Регулярно обновляем записи ведения тяжелобольных. В 2018 году стажировался в Германии и могу сказать, что в нашей больнице мы используем все новейшие зарубежные наработки. Наши анестезиологи владеют всеми методами анестезии, легко ориентируются в ассортименте фармакологически активных веществ и управляют разнообразной наркозной, дыхательной, мониторной и другой аппаратурой. Анестезиолог — абсолютный фанат своего дела, постоянно изучающий новые методики, готовый взять на себя ответственность и, учитывая данные наблюдения за состоянием пациентов, способен решиться на нестандартный подход. Помогаем молодым специалистам, объясняя, что анестезиология в отличие от интенсивной терапии более динамична, решение нужно принимать здесь и сейчас, это не только медикаменты и оборудование, прежде всего это голова и руки.

— Средний медперсонал должен уметь абсолютно все: делать перевязки, ставить капельницы, записывать ЭКГ и проч. Мы — начальная и последняя инстанция при работе с больными, поэтому обязаны быть с ними внимательными и заботливыми. В отделении врачи-анестезиологи всегда помогают и относятся как к своим помощникам, ведь медсестры-анестезисты все готовят, напоминают и с полувзгляда поймут доктора. Когда в 1975 году пришла в БСМП, у нас все интубационные трубки, многие медицинские инструменты, шприцы были многоразовые. Приходилось ежедневно всё тщательно обеззараживать и стерилизовать в биксах, порой что-то разбивалось, иглы тупились. Прежде чем наложить маску Эсмарха с ватной прокладкой эфира, мазали лицо вазелином, чтобы не обжечь кожу пациента. Это сейчас достаточно одноразового материала, много различного диагностического оборудования, а тогда большинство операций делали под местной анестезией, больных привязывали, дабы они случайно не навредили себе. Наши анестезиологи-реаниматологи — одержимые люди, с большим энтузиазмом осваивают новые технологии и медицинское оборудование. Основной костяк коллектива — 25 лет работы, многие врачи и медсестры трудятся в 65–75 лет. Все медсестры невероятно мобильны, постоянно чередуемся в профильных отделениях, несмотря на то что палаты разбросаны по корпусам и этажам больницы. Эмоциональные нагрузки большие, но взаимовыручка, чуткость, ответственность, чувство юмора, оптимизм и квалификация специалистов отделения анестезиологии-реанимации всегда были на высоте — это главные принципы и критерии грамотно выстроенной работы.



Татьяна Дмитриевна Зенькова,
медсестра-анестезист

создать радующий за свое дело работоспособный коллектив, но и внедрить современные методы и высокотехнологичное оборудование тех лет в работу. Этапы развития службы тесно связаны с постепенным усложнением аппаратного обеспечения, в том числе зарубежного. В отделении анестезиологии-реанимации КМКБСМП и сегодня следят за новинками, постоянно осваивая новые методики диагностики и медицинских манипуляций, внедряя современные цифровые технологии. Каждый случай хирургического вмешательства обязательно рассматривается и обсуждается на медицинском консилиуме. Одними из первых в Красноярском крае здесь стали применять ингаляционный анестетик десфлуран. Врачи анестезиологи-реаниматологи владеют всеми методами анестезии, в числе которых нейроаксиальная и регионарная анестезия под контролем нейростимулятора, комбинированная общая анестезия в сочетании с регионарными

методами обезболивания, широко используется надгортанные воздуховодные устройства и ультразвук. Больница многопрофильная — помощь оказывается пациентам при травматологических, гинекологических, урологических, онкологических, стоматологических, челюстно-лицевых, гнойных, нейрохирургических и сосудистых операциях. Совместно со специалистами профильной кафедры Красноярского государственного медицинского университета анестезиологи БСМП продолжают разрабатывать и улучшать методики лечения пациентов, с полной самоотдачей предоставляя заболевшим круглосуточную и круглогодичную экстренную помощь при полостных абдоминальных операциях или торакальных вмешательствах в грудную клетку. Коллектив отделения анестезиологии-реанимации составляет 71 человек, 30 врачей и 41 сестра-анестезистов.

В течение года с участием высокопрофессиональных специалистов

слаженного коллектива проводится более 18 000 операций для пациентов разного рода категорий сложности, часто находящихся в критическом состоянии. Стоит отметить, что почти 80 % из них поступают в больницу по экстренным показаниям. Дружный коллектив профессионалов старается приумножить традиции, заложенные основателями отделения и воспитать надежную смену высококлассных специалистов, верных делу избранной профессии.

Одна из традиций — наставничество. Опытные врачи всегда рядом с молодыми коллегами; поделиться опытом, поддержать или дать профессиональный совет — только при таком взаимодействии у начинающих анестезиологов сохраняется интерес к профессии, есть желание двигаться в ней дальше. Сегодня растут и раскрывают свой профессиональный потенциал молодые врачи А. В. Дешкович, Н. Е. Пинчук, И. В. Грицан, Ш. К. Ильина. ■

— Медсестра-анестезист!

Я произношу эти слова с гордостью за своих коллег и нашу специальность.

И пусть это прозвучит пафосно, но я горжусь тем, что отношусь к этой когорте медицинских работников.

Здесь нет случайных людей, они просто не задерживаются. На моей памяти слова Виктора Алексеевича Пуганина, произносимые им во время лекций: «Вы элита любой больницы». И эти слова придавали нам уверенность в правильности выбора.

Время не стоит на месте. Приходят новые кадры, и глядя на них, с улыбкой вспоминаешь другую фразу: «Здравствуй, племя молодое, незнакомое».

Эти девочки поначалу с испугом и широко открытыми глазами смотрят на все происходящее вокруг, но через месяц-два их не узнать. Формируются новые нейронные связи, и они идут в операционные и выполняют свою работу без страха и сомнений, будь то наркоз на гистероскопию или ранение сердца.

С недавних пор в наших расчетах появились графы оплаты за важность, самостоятельность, ответственность. Так оно и есть. И это касается медсестер всех подразделений.

Вот такая она, наша работа.

Важная, самостоятельная, ответственная.

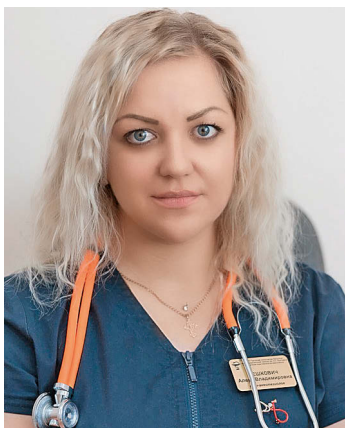


Нина Георгиевна Стрижнева,
медсестра-анестезист

Инфузионная терапия в анестезиологии

А. В. Дешкович, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ — ЭТО КАПЕЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИЛИ ВЛИВАНИЕ ВНУТРИВЕННО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ С ЦЕЛЬЮ НОРМАЛИЗАЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО, КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА ОРГАНИЗМА.



Алена Владимировна Дешкович,
врач анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

В анестезиологии инфузионная терапия зависит от длительности и объема оперативного вмешательства. Принципы инфузионной терапии основаны на знании водно-электролитного баланса и волемического статуса. Целью инфузионной терапии является как восстановление сосудистого объема (нормализация сердечного выброса), так и жидкостно-го баланса в целом.

■ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ:

- волюмокоррекция — восстановление адекватного объема циркулирующей крови (ОЦК) и нормализация ее состава при кровопотере;
- гемореокоррекция — нормализация гомеостатических и реологических свойств крови;
- инфузионная регидратация — поддержание нормальной микро- и макроциркуляции (в частности — при клинически отчетливой дегидратации);
- нормализация электролитного баланса и кислотно-основного равновесия;
- активная инфузионная дезинтоксикация;
- обмен-корректирующие инфузии — прямое воздействие на тканевой метаболизм за счет активных компонентов кровезаменителя.

■ РАСТВОРЫ ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Растворы для инфузионной терапии делятся на *кристаллоидные* и *коллоидные*.

Кристаллоидные растворы — это водные растворы ионов натрия и хлора или глюкозы. Большинство из них изотоничны плазме.

Коллоидными растворами называют водные растворы крупных молекул, вес которых превышает 10 000 дальтон. Эти молекулы плохо проникают через

эндотелий капилляров, поэтому коллоидные растворы повышают онкотическое давление плазмы.

Натрия хлорид (NaCl 0,9%)

Показания. Нарушения электролитного баланса, дефицит натрия, дегидратация, для растворения различных лекарственных веществ.

Противопоказания. Не следует вливать изотонический р-р NaCl при гипернатриемии, циркуляторных нарушениях, угрожающих отеком мозга и легких.

Побочные эффекты. Введение большого количества изотонического раствора хлорида натрия может привести к накоплению натрия, отекам, гиперхлоремическому метаболическому ацидозу, усилению выведения калия из организма и др.

Предостережения. Нарушение функции почек, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, периферические отеки, токсикоз беременных.

5-процентный раствор глюкозы применяют в основном для возмещения дефицита воды и вводят его изолированно пациентам без значительных потерь электролитов. В среднем суточная потребность в воде здорового взрослого человека составляет 1,7–2,5 л. Это количество необходимо для обеспечения нормального мочеиспускания и восполнения потерь через кожу, легкие и ЖКТ. Дегидратация (обезвоживание) возникает, когда потери воды превышают поступление ее в организм, например при коме, дисфагии или у пожилых апатичных людей, которые могут не пить воду в достаточном количестве по собственной инициативе. Избыточные потери воды без существенных потерь электролитов встречаются в клинической практике довольно редко, например при лихорадке, гипертиреозе, гиперкальциемии, несахарном диабете. Объем 5-процентного раствора глюкозы,

необходимый для устранения дефицита воды, зависит от выраженности нарушений, но обычно бывает в пределах 2-6 литров.

5-процентный раствор глюкозы также назначают после коррекции гипергликемии во время лечения диабетического кетоацидоза на фоне продолжающейся инфузии инсулина. Гипертонические растворы глюкозы (например 10–20 %) вводят вместе с инсулином и препаратами кальция (или натрия гидрокарбонатом) для экстренной терапии гиперкалиемии.

Показания. Возмещение дефицита жидкости, в качестве источника энергии.

Противопоказания. Сахарный диабет и состояния, сопровождающиеся гипергликемией.

Побочные эффекты. Растворы глюкозы, особенно гипертонические, имеют низкий pH и могут вызвать раздражение вен и тромбофлебит.

Дозы и применение. Для возмещения дефицита жидкости; как источник энергии применяют в/в 20–50-процентный раствор в сочетании с инсулином в расчетной дозе.

Растворы альбумина

Растворы, содержащие белок, полученный из плазмы, сыворотки или нормальной плаценты; при этом 95 % белка составляют альбумины. Растворы могут быть изотоническими (содержат 4–5 % белка) или концентрированными (содержат 20–25 % белка).

Показания. Восстановление и поддержание объема циркулирующей крови при возникновении его дефицита при целесообразности применения коллоидных растворов.

Противопоказания. Сердечная недостаточность, анемия тяжелой степени, гипervолемия, отек легких.

Побочные эффекты. Возможны тошнота, рвота, повышение саливации, лихорадка и озноб.

Предостережения. При указаниях в анамнезе на заболевания сердечно-сосудистой системы препараты следует вводить медленно, чтобы избежать быстрого подъема артериального давления, поэтому необходим мониторинг кровообращения и дыхания; нужна коррекция дегидратации при применении концентрированных растворов.

Стерофундин Г-5

Является сбалансированным базовым раствором. Поскольку компоненты препарата Стерофундин вводятся внутривенно, то их биодоступность составляет 100 %. Натрий и хлорид в основном распределяются во внеклеточном пространстве, в то время как распределение калия, магния и кальция происходит главным образом внутриклеточно.



Почки являются основным путем выведения натрия, калия, магния и хлорида, однако в небольших количествах они выводятся также через кожу и кишечный тракт. Кальций в примерно равных количествах выводится с мочой и эндогенной кишечной секрецией. Во время инфузии ацетата и малата их уровни концентрации в плазме повышаются и достигают устойчивого состояния. После завершения инфузии концентрации ацетата и малата мгновенно уменьшаются. Выведение ацетата и малата с мочой увеличивается в процессе инфузии. Однако их метаболизм в тканях организма происходит настолько быстро, что только малые доли попадают в мочу.

Этот препарат относится к изотоническим электролитным растворам, в котором концентрация электролитов адаптирована к концентрации электролитов плазмы крови. Он применяется для коррекции потери внеклеточной жидкости (т. е. потери воды и электролитов в соразмерных количествах). Введение раствора направлено на восстановление и поддержание осмотического статуса во внеклеточном и внутриклеточном пространстве. Анионный состав представлен сбалансированной комбинацией хлоридов, ацетатов и малатов, приближенной по молярной концентрации к анионному составу плазмы крови, что способствует коррекции метаболического ацидоза.

Показания. Замещение потерь внеклеточной жидкости при изотонической дегидратации у пациентов с ацидозом или угрозой его развития.

Концентрированные растворы (20–25 %) для инфузионной терапии

Противопоказания. Гиперволемиа; хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса; почечная недостаточность с олигурией или анурией; тяжелый общий отек;

гиперкалиемия; гиперкальциемия; метаболический алкалоз.

С осторожностью. Инфузия большого объема пациентам с сердечной или легочной недостаточностью должна проводиться при постоянном контроле. Растворы, содержащие натрий хлорид, должны назначаться с осторожностью пациентам с сердечной недостаточностью легкой или средней степени тяжести, периферическими отеками или отеком легких, или внеклеточной гипергидратацией, гипернатриемией, гиперхлоремией, гипертонической дегидратацией, артериальной гипертензией, нарушением функции почек, эклампсией или угрозой её возникновения, альдостеронизмом и другими состояниями и методами лечения (например кортикостероидами), связанными с задержкой натрия. Растворы, содержащие соли калия, должны назначаться с осторожностью пациентам с пороком сердца или предрасположенностью к гиперкалиемии при почечной недостаточности или недостаточности коры надпочечников, острой дегидратацией или обширной деструкцией тканей, которая наблюдается при тяжелых ожогах.

Препараты гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК)

ГЭК — высокомолекулярное соединение, состоящее из полимеризованных остатков глюкозы. Получают путем гидроксиэтилирования амилопектина (природный полисахарид, содержащийся в крахмале картофеля и кукурузы), который быстро (в течение 20 мин) гидролизует в крови. Поэтому для повышения стабильности его действия амилопектин подвергают гидроксиэтилированию (глубина этого процесса характеризуется степенью замещения). Выраженность и



длительность объемозамещающего действия препаратов ГЭК определяют молекулярной массой и степенью замещения субстанции ГЭК.

Показания с учетом инструкции — острая кровопотеря, некупируемая кристаллоидами.

Противопоказания, побочные эффекты, предостережения. С осторожностью при тяжелых хронических заболеваниях печени, противопоказаны при гиперчувствительности к ГЭК, внутричерепном кровоизлиянии, гипергидратации или выраженной дегидратации; при длительном применении возможен трудно поддающийся лечению кожный зуд, иногда возникает боль в области почек и др.

Инфузионная терапия в интраоперационном периоде. При выполнении хирургических вмешательств в условиях анестезии её неотъемлемой частью является инфузионная терапия. Следует помнить, что накануне плановой операции больной воздерживается от приема пищи и жидкости, при этом в первые часы человек теряет воду примерно 3 мл/кг/час.

Рекомендации ASA по предоперационному голоданию

Тип съеденного	Минимальный срок
чистые жидкости	2 ч
молочные смеси	4–6 ч
молоко (коровье, козье и т. д.)	6 ч
легкая еда	6 ч

Таким образом, при шестичасовом безводном периоде дефицит жидкости у пациента составляет 18 мл/кг. Кроме этого, многие больные ничего не принимают внутрь, начиная с вечера перед операцией, т. е. более 10–12 часов до начала анестезии. Особенно это важно для пациентов с хронической сердечно-сосудистой патологией, для которых умеренная предоперационная гиповолемия может вызвать гипотонию во время проведения вводной анестезии. Поэтому в предоперационном периоде необходимо оценить волемический статус пациента, а начинать анестезию только при стабильных показателях гемодинамики.

■ РАСЧЕТ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ

В интраоперационном периоде происходят дополнительные потери жидкости, связанные с испарением с поверхности внутренних органов. В результате операционной травмы происходит отек тканей и задержка

внеклеточной жидкости, при этом срабатывает ренин-ангиотензин-альдостероновая система и происходит увеличение выработки АДГ, тем самым поддерживая ауторегуляцию водно-электролитного баланса.

Расчет инфузионной терапии во время анестезии зависит от объема операции, т. к. теряется разное количество жидкости: при малых операциях на поверхности тела (например удаление липомы) 1–2 мл/кг/час, при средних (например грыжесечение) 5–10 мл/кг/час, при больших (например панкреатодуоденальная резекция) 10–15 мл/кг/час. Скорость инфузионной терапии зависит от объема циркулирующей крови, который оценивают на основании артериального давления и частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления (по показаниям) и диурезу.

Задачи интраоперационной инфузионной терапии:

- поддержание адекватного объема циркулирующей крови;
- поддержание эффективного уровня транспорта кислорода;
- поддержание оптимального коллоидно-осмотического давления крови;
- коррекция кислотно-основного состояния крови.

При операциях, не связанных со значимыми потерями крови, основная задача инфузионной терапии — возмещение интраоперационных потерь жидкости и коррекция кислотно-щелочного равновесия. Средний темп инфузии при операциях подобного типа должен составлять 5–8 мл/кг/час.

■ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ежедневная потребность взрослого человека в жидкости составляет примерно 2000–3000 мл (1,5 л/м²), из них в норме 1500–1700 мл человек получает перорально, 700–800 мл со съеданной пищей и 150–250 мл эндогенной воды образуется в результате окисления углеводов. Дневные потери составляют: 1300–1500 мл с мочой (0,7 мл/кг/час), 100–200 мл с калом, 300–500 мл с дыханием, 500–700 мл испаряется с поверхности тела. Потери воды возрастают при лихорадке (примерно 500 мл/град/сутки), а также при гипергликемии, диуретической терапии, заболевании

надпочечников (феохромоцитома, альдостерома).

Как рассчитать объем инфузионной терапии в послеоперационном периоде? Если пациент не может пить жидкость, а установка назогастрального зонда не показана, то физиологические потребности восполняют путем инфузионной терапии, объем которой зависит от веса пациента. Расчет инфузионной терапии в послеоперационном периоде производится по формуле: 30–40 мл/кг/сутки. Например, пациенту весом 80 кг объем инфузионной терапии должен быть около 3000 мл в сутки (35 × 80 = 2800 мл).

В послеоперационном периоде коррекции водно-электролитного баланса уделяется особое значение. Если исходный дефицит жидкости не был возмещен во время операции, то необходимо продолжить инфузионную терапию или пероральный прием жидкости в последующие часы. Для поддержания водно-электролитного равновесия необходимо введение: натрия 1–1,5 ммоль/кг, калия 1 ммоль/кг, кальция, магния и фосфата 0,1–0,2 ммоль/кг. Необходимо брать в расчет и патологические потери, связанные с особенностями хирургической тактики, например желудочное или толстокишечное отделяемое по зонду, свищи, дренажи и др. При этом объем инфузионной терапии должен суммироваться с суточной потребностью больного в жидкости (30–40 мл/кг/сутки). Недостаточная инфузионная терапия приводит к стимуляции осморцепторов и барорецепторов, которые стимулируют АДГ, что приводит к появлению чувства жажды у пациентов. Нельзя использовать изотонический раствор NaCl с целью восполнения объема в послеоперационном периоде.

«За всю историю пролива Ла Манш в нем не утонуло столько людей, сколько утонуло в отделениях реанимации»

Dr. Peter Safar. (12.04.1924 – 02.08.2003)

Инфузионная терапия является серьезным инструментом анестезиолога-реаниматолога и может дать оптимальный лечебный эффект только при соблюдении двух непереносимых условий: врач должен четко знать цель применения препарата и иметь представление о его механизме действия. ■

Список литературы:

1. Миллер Р. Анестезия Рональда Миллера. — Издательство «Человек», 2018.
2. Лихванцев В. В. Инфузионная терапия в послеоперационном периоде. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 13 (5) 66–73; 2016.
3. Молчанов И. В., Михельсон В. А., Гольдина О. А., Горбачевский Ю. В. Современные тенденции в разработке и применении коллоидных растворов в интенсивной терапии // Вестник службы крови России, 2016 г.
4. Гуменюк Н. И., Киркилевский С. И. Инфузионная терапия. Теория и практика, 2014 г.

Укусы ядовитых змей. Анализ отравлений змеиным ядом в Красноярском крае за период 2011–2020 годов

Д. В. Мелкозеров, Е. А. Попова, Е. В. Топова, А. И. Филяков

■ **ПРОБЛЕМА УКУСА ЧЕЛОВЕКА ЯДОВИТЫМИ ПРЕСМЫКАЮЩИМИСЯ И НАСЕКОМЫМИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ КАК НИКОГДА АКТУАЛЬНА ВО ВСЕМ МИРОВОМ ПРОСТРАНСТВЕ. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИСКЛЮЧЕНИЕМ И НАША СТРАНА. ПРИ ЭТОМ В РОССИИ И КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В ЧАСТНОСТИ ВЕРОЯТНОСТЬ УКУСА ЗМЕЯМИ ВОЗРАСТАЕТ С НАСТУПЛЕНИЕМ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА, ЧТО СВЯЗАННО С КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ.**

По данным ВОЗ, ежегодно в мире 5,8 млн человек подвергаются укусам змей, половина из которых — ядовитые. От змеиного яда ежедневно умирают 220–380 человек — от 80 тысяч до 140 тысяч в год. В мире насчитывается около 600 видов змей, которые принадлежат к пяти семействам. На территории Российской Федерации насчитывается 56 видов змей, из них опасны 11 видов. Наиболее распространены следующие: гадюка обыкновенная, степная, носатая, кавказская, гюрза, песчаная эфа.

Все известные виды змей делятся на:

1) **Ужеобразные (Colubridae)**, к ним относятся: обыкновенная медянка, разноцветный полоз, тигровый уж, бойга.

2) **Аспидовые (Elapidae)**, к ним относятся: кобры различных разновидностей, в частности индийская, среднеазиатская, египетская и т. д.

3) **Гадюковые (Viperidae)**, к ним относятся: обыкновенная гадюка, степная гадюка, гюрза, песчаная эфа и др.

4) **Ямкоголовые (Crotalidae)**, к ним относятся: гремучие змеи, щитомордники.

Их называют ямкоголовыми из-за наличия лицевых ямок, расположенных между ноздрями и глазами и выполняющих функцию термолатора, с помощью которого змея легко подкрадывается в темноте к неподвижной или спящей добыче. Около животного создается температурный градиент, позволяющий змее безошибочно ориентироваться.

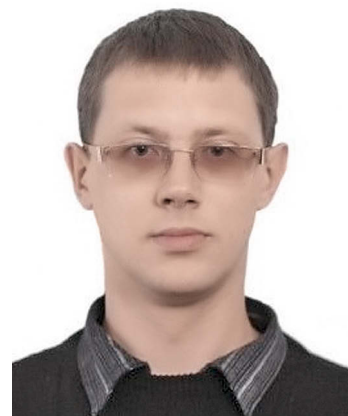
Другой особенностью этой разновидности является наличие на конце хвоста «погремушки», образуемой твердым кожистым чехлом, остающимся после линьки змеи. В состоянии раздражения эти змеи поднимают кончик хвоста и вибрируют им, издавая сухой треск, который слышен издали.

5) **Морские змеи (Hydrophidae — seasnakes)** на территории стран СНГ не встречаются.

Змеи, относящиеся к вышеперечисленным семействам, отличаются по своей биологии, строению ядовитого аппарата, химическому составу яда и механизму токсического действия.

Змеиные яды — сложный комплекс биологически активных соединений: ферментов (в том числе пищеварительных), в основном гидролаз, токсических полипептидов, ряда белков со специфическими биологическими свойствами, а также неорганических компонентов.

Многие ферменты являются общими для яда змей различных семейств, например — фосфолипаза A2, гиалуронидаза, оксидаза L-аминокислот, фосфодиэстераза, 5-1- нуклеотидаза и другие. (т. е. ядовитые железы филогенетически связаны с пищеварительными железами ЖКТ), но в тоже время существуют и отличия. Так, в составе яда аспидов (семейство Elapidae cobra) и морских змей (Colubridae, marinaesnakes) входят нейротоксины, нарушающие период возбуждения в нервно-мышечных синапсах и тем самым вызывающие вялый паралич скелетной и дыхательной



Денис Владимирович Мелкозёров,
врач анестезиолог-реаниматолог отделения для больных с острыми отравлениями
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

мускулатуры. Смерть животных и человека наступает, как правило, от остановки дыхания. В этих ядах присутствует также фермент ацетилхолинэстераза (АЦХЭ), разрушающий ацетилхолин и усугубляющий развитие паралича.

В ядах гадюковых (Viperidae) и ямкоголовых (Crotalidae) ацетилхолинэстераза отсутствует, но зато широко представлены протеолитические ферменты с трипсино-, тромбино-, и каллекреиноподобным действием. В результате отравления этими ядами развиваются геморрагии, обусловленные как повышением проницаемости сосудистой стенки, так и нарушениями в свёртывающей системе крови. Высвобождение из тканей под действием энзимов ядов биологически активных веществ (гистамина, брадикинина — «ферментов воспаления», эндорфинов и т. д.) — приводит к снижению артериального давления, увеличению сосудистой проницаемости, нарушению трофики тканей из-за расстройств микроциркуляции. Прямое действие ядов на ткани и органы в сочетании с аутофармакологическими реакциями обуславливает развитие цепи сопряженных и

Что следует делать во время оказания первой медицинской помощи



Уложить пострадавшего в горизонтальное положение



Принять лекарства от аллергии



Предупредить сдавления тканей



Восстановить проходимость дыхательных путей



Обездвижить укушенную область лонгетой



Обильное питье, до 3 литров воды



Обработать место укуса йодом, наложить асептическую повязку

взаимосвязанных патологических процессов, характеризующих специфику отравлений, вызываемых змеиными ядами.

В аспекте клинической токсикологии Красноярского края актуален представитель семейства гадюковых — гадюка обыкновенная, в меньшей мере представитель семейства ямкоголовых — щитомордник.

Обыкновенная гадюка (Viperaberus) — относительно небольшая змея до 60-75 см длиной, но встречаются экземпляры до 1 метра. Окраска туловища варьирует от серого до красно-бурого с характерной темной зигзагообразной линией вдоль позвоночника и икс-образным рисунком на голове, но встречаются и совершенно черные экземпляры. Часто гадюки греются на солнце, но охотятся обычно ночью. В рационе преобладают мелкие грызуны, лягушки, насекомые. Укус гадюки сопровождается развитием местной болевой реакции, распространяющимся геморрагическим отеком, слабостью, тошнотой, головокружением. Объем тканей в зоне отека увеличивается в 1,5-2 раза. В отечной жидкости около 40-50 % ее объема составляют эритроциты, что свидетельствует о повышении проницаемости сосудистой стенки. В тяжелых случаях возможно нарушение сердечной деятельности в виде тахикардии. Имевшее место вначале повышение температуры тела сменяется

гипотермией, развитием токсической нефропатии с появлением следов крови в моче — макрогематурии (наличие свежих эритроцитов), на месте геморрагических пузырей могут развиваться некротические участки, снижается артериальное давление крови, возникает спутанность сознания, бред.

Щитомордник (Gloydius halys) — длина тела достигает 70 см. Окраска серая с темными пятнами. Номинативный подвид характеризуется очень широкими темными поперечными полосами на туловище, разделенными узкими светлыми промежутками. На переднем конце головы змеи расположены лицевые ямки, которые разделены внутри чувствительной мембраной. Второй выход из ямки расположен около глаза. Благодаря этим ямкам щитомордник способен различать колебания температуры до 0,2 градусов С. В целом значительные различия в клинической картине и патофизиологических реакциях при укусах этих змей отсутствуют. При укусах этих змей повреждаются кровеносные сосуды не только в зоне поражения, но и во всех внутренних органах (легкие, печень, почки, селезенка, головной мозг), где также обнаруживается отек тканей и множество мелких кровоизлияний.

В отделении для больных с острыми отравлениями КГБУЗ КМК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

им. Н. С. Карповича» г. Красноярска за период с 2011 по 2020 гг. с диагнозом «укус змеи» находилось на лечении 136 больных, что меньше чем за период с 2002 по 2012 гг. (156 человек).

Все больные поступали в весенне-летне-осенний период (с конца апреля по октябрь). В большей части случаев фигурировала обыкновенная гадюка (78 % случаев) и в меньшей щитомордник (32 % случаев). Следует отметить, что в немалом количестве случаев (19 за 9 лет) инициатором контактов со змеей был именно человек. Больные поступали в сроки от нескольких часов до 1-1,5 суток. В основном локализация укусов — верхние конечности (кисть, пальцы), реже — нижние конечности в пределах стопы. В двух случаях укусы располагались на туловище (грудная клетка).

При поступлении пострадавших от укусов обыкновенной гадюки наблюдалась следующая стереотипная симптоматика: болевая реакция и в первые часы (до суток) от момента укуса и в большинстве случаев распространялся в пределах предплечья — если укушен палец; или в пределах стопы — н/з голени — при укусе в н/конечность.

Общетоксический резорбтивный эффект змеиного яда обыкновенной гадюки (тошнота, головокружение, общая слабость, недомогание) наблюдались нами в небольшом количестве случаев и зачастую эти симптомы переплетались с проявлениями нестационарного состояния пострадавших вследствие эмоционального стресса самого факта укуса змеей. У 56 пациентов в 1-2-е сутки отмечалась субфебрильная температура.

Лабораторные показатели в большинстве случаев характеризовались неспецифической лейкоцитарной реакцией, гемокоцентрацией, реже наблюдалось незначительное повышение активности трансаминаз, снижение протромбинового индекса, гипофибриногенемия.

В комплекс лечебных мероприятий, проводимых в отделении для больных с острыми отравлениями г. Красноярска для данного вида отравлений, входило следующее:

- Иммобилизация с возвышенным положением конечности;
- Коррекция водно-электролитного баланса;
- Нестероидные гормональные препараты (дексаметазон, преднизолон) парентерально, курс — не более 3-4 суток;
- Препараты, улучшающие реологические свойства крови (трентал, пентоксифиллин);
- Спазмолитики;
- Ганглиоблокаторы;
- Антигистаминные препараты;
- Анальгетики;

• Противовоспалительные препараты (аспирин, но не во всех случаях);

• Физиолечение;

• В отдельных случаях целесообразно в первые сутки назначение седативных препаратов для нормализации эмоционального состояния пострадавших.

Рекомендуется введение противостолбнячного анатоксина, и своевременная хирургическая обработка места укуса (имеется ввиду освобождение от некротических тканей) также необходимо, т. к. исследователи обнаружили в змеиных ядах столбнячную палочку и возбудителя газовой гангрены, а некротизированные ткани — хорошая питательная среда для анаэробов.

Если случай укуса обыкновенной гадюки не являлся осложненным, то в срок до 10 суток максимум клинические симптомы полностью купировались. Здесь следует коснуться вопроса оказания первой помощи на догоспитальном этапе. Дело в том, что на течение данного вида отравлений влияют ложные стереотипы массового сознания. К ним можно отнести: «необходимо отсасывать змеиный яд из ранки и делать кожные разрезы. Наложение жгутов на пораженную конечность».

Отсасывание змеиного яда из ранки и нанесение кожных разрезов, конечно, целесообразно как элемент первой помощи на догоспитальном этапе при укусах таких змей, как кобра, гюрза и т. п. Но при укусе обыкновенной гадюки риск дополнительного инфицирования раны, по нашим наблюдениям,

значительно превалирует над пользой от этой манипуляции.

Из 136 больных у восьми во многом в результате этой манипуляции, проведенной в полевых условиях на фоне психоэмоционального стресса, течение осложнилось гнойными процессами в месте укуса (панариций, флегмона). Наличие же у больного при поступлении в отделение кожного разреза в области пораженной конечности в итоге значительно продлевает время его нетрудоспособности. Причем больные фактически переходят в разряд хирургических по мере исчезновения симптомов отравления.

Наложение жгута на пораженную конечность на догоспитальном этапе проводится, как правило, людьми несведущими, случайными. Это чревато, помимо банального нарушения кровообращения в пораженной конечности с соответствующими последствиями, и возникновением в дальнейшем полиневритов вследствие пролонгированного и интенсивного давления жгута на периферические нервы. В трех случаях мы наблюдали у больных полиневриты подобного происхождения, что, конечно, потребовало длительного неврологического лечения.

Ретроспективный анализ историй болезни показал, что за истекший период (2011–2020 г.) среднее количество укусов в год — 13,6 случаев. В те годы, когда весна была ранней, лето засушливым и теплым, количество укусов возрастало. Средний

койко-день за исследуемый период составляет 9,2. Максимальный койко-день составил 23 дня (у пациента течение заболевания протекало с анафилактическим шоком, токсической коагулопатией, токсическим лимфостазом) минимальный период составил 1 койко-день, течение заболевания было легким, проявлялось токсическим лимфостазом, от дальнейшего лечения пациент отказался. Больше количество укусов регистрировалось в южных районах края.

Выводы: при укусе человека обыкновенной гадюкой (*Viperaberus*) помощь на догоспитальном этапе следует ограничить промыванием места укуса антисептиками или кипяченой водой и иммобилизацией конечности без наложения жгута с последующей транспортировкой в ближайшее ЛПУ. Если есть возможность, целесообразно начать медикаментозное лечение из вышеуказанных фармакологических препаратов.

Объем комплексного госпитального лечения позволяет его проведение в стационарах уровня центральной районной больницы без транспортировки больного, подчас на значительные расстояния, в отделение для больных с острыми отравлениями г. Красноярск. Современные средства связи дают возможность получить своевременную консультацию у врачей-токсикологов отделения для больных с острыми отравлениями КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» г. Красноярск. ■

Укусы змей. Лечение. Первая помощь при укусе:

НУЖНО!

	Сразу после укуса обеспечить пострадавшему полный покой в горизонтальном положении. Отсосать яд! При необходимости перенести пострадавшего в удобное, защищенное от непогоды место. Самостоятельное движение пострадавшего недопустимо!
	В первые секунды после укуса, надавливая пальцами, раскройте ранку и начните энергично отсасывать яд ртом. Кровянистую жидкость периодически сплевывайте. Если мало слюны или есть ранки на губах, во рту, следует набрать в рот немного воды (вода разбавляет яд) и отсасывание яда проводить поочередно в течение 15 минут непрерывно. Это позволяет удалить из организма пострадавшего от 20 до 50 процентов яда. Для человека, оказывающего помощь, отсасывание яда совершенно неопасно, даже если во рту у него есть ранки или ссадины. Если пострадавший один, он должен самостоятельно отсосать яд.
	Ранку надо продезинфицировать, наложить стерильную повязку, которую по мере развития отека периодически ослаблять, чтобы она не врезалась в мягкие ткани.
	Чтобы замедлить распространение яда в организме, ограничьте подвижность пострадавшего. Пораженные конечности иммобилизуйте. При укусе в ногу прибинтуйте ее к здоровой и, подложив что-либо под колени, слегка приподнимите их. При укусе в руку зафиксируйте ее в согнутом положении.
	Давайте пострадавшему больше пить чая, бульона, воды (от кофе как возбуждающего лучше отказаться). Усиленное водопотребление способствует выводу яда из организма.
	Постарайтесь немедленно доставить пострадавшего, транспортируйте его на носилках в ближайшее медицинское учреждение. Змею желательно отыскать и доставить врачу для опознания. В случае необходимости проводите продолжительное искусственное дыхание и массаж сердца.
	Если есть сыворотка, то вводите ее внутримышечно (лучше в область спины) не позже чем через 30 мин после укуса. При укусе гадюки, щитомордника введение сыворотки нецелесообразно.

Клинический случай длительной искусственной вентиляции легких у пациента в хроническом вегетативном состоянии

Д. И. Устюгов, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории, Ю. В. Омылова, К. И. Лаптенков, Д. А. Величко
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»



Дмитрий Игоревич Устюгов,
врач анестезиолог-реаниматолог
высшей категории
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

В медицинской литературе описаны случаи и последствия длительного нахождения больных на аппарате ИВЛ в вегетативном состоянии.

Существует несколько эпидемиологических исследований, данные для которых аккумулировались путем анкетирования. Так, в 1977 году Higashi получили сведения о 110 пациентах в 189 госпитальных в Японии, находящихся в ВС. Sato приводит статистические данные о 44 пациентах на 1 млн населения Японии. В свою очередь эпидемиологическое исследование с помощью анкетирования в Нидерландах выявило 5 пациентов на 1 млн населения, во Франции 483 на 1 млн населения, в США 60-100 на 1 млн, в Австрии — 3,6 на 100 000. В России не было проведено больших эпидемиологических исследований, однако проводился анкетированный опрос в 15 крупных стационарах разных регионов страны за 3 года (2009–2012 гг.), где общее число пациентов с диагнозом ВС составило 747 человек.

■ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ («БОДРСТВУЮЩАЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНОСТЬ») — ВАЖНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. СОГЛАСНО ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, 12 ЧАСОВ — КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ДЛЯ ОБРАТИМОСТИ ГЛУБОКОЙ КОМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ХОРОШЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ. ВС НАЗЫВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. СУЩЕСТВЕННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО (ДНИ, НЕДЕЛИ) ОТСУТСТВИЯ КАКОГО-ЛИБО СОЗНАТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ИЛИ ОСОЗНАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПЕРЕД ПОСТАНОВКОЙ ДИАГНОЗА.

К наибольшей группе по этиологии относилась группа с ЧМТ — 42,57 %, далее по убывающей количество пациентов распределилось на ишемический, геморрагический инсульт и постгипоксические состояния.

Пример длительной искусственной вентиляции легких у пациента с хроническим вегетативным синдромом иллюстрирует представленный нами клинический случай. Пациент Г. заболел в 1999 г., заболевание началось с подъема температуры, сыпи. Выставлен диагноз: клещевой энцефалит. Состояние резко ухудшилось, кома 3, АИВЛ. В течение двух лет терапия в Красноярской межрайонной детской клинической больнице № 1, инфекционный стационар, отделение реанимации, затем перевод в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», отделение реанимации. По достижении 18 лет переведен в Городскую больницу № 1; в 2013 году, в связи с закрытием Городской больницы № 1, перевод в КМКБСМП им. Н. С. Карповича, отделение реанимации с диагнозом — хроническое вегетативное состояние. Восходящий паралич Ландри. ОДН 3-й ст. МСКТ от 23.08.2013 — в

суб- и супратенториальных отделах большого и малого мозга мозговое вещество представлено отдельными островковыми частями. Желудочки и все цистерны мозга гидроцефально расширены. КТ-признаков окклюзии ликворопроводящих путей не выявлено. Заключение: открытая прогрессирующая гидроцефалия.

Осмотрен профессором кафедры нервных болезней с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России — прогноз для восстановления когнитивных функций неблагоприятный, для дыхательных функций — низкий.

При поступлении пациенту проводилась аппаратная вентиляция в режиме VCV, в 2014 году режим VCV чередовался с PCV при PIP 18, PEEP +8, FiO2 21, Faпп 9, I:E 1:2. с 2015 года пациент находился в режиме VCV, с попытками перевода на SIMV + PS. Ввиду отсутствия спонтанных инспираторных попыток возврат к VCV. После пульмонэктомии параметры скорректированы: Vt 300-350, MV 3-4, PIP 25, PEEP +5, FiO2 0,21, Faпп 15.

Трудность в прекращении ИВЛ у данного пациента заключалась в продолжающейся дыхательной

недостаточности смешанного генеза, недостаточности дыхательных мышц вследствие их усталости и атрофии, нарушений нервно-мышечной проводимости. В частности, мышечные волокна диафрагмы уменьшаются и снижается эффективность их сокращения в результате смещения книзу и уплощения на фоне ИВЛ. Попытки прекращения респираторной поддержки осуществлялись согласно международному протоколу (American College of Chest Physicians), который включает оценку попытки самостоятельного дыхания, начальный выбор параметров ВПД (вентиляция легких с поддержкой давлением), признаки переносимости пациентом выбранного режима ВПД, последующий выбор параметров вентиляции, оценку возможности полного прекращения респираторной поддержки.

26 января 2016 года: на фоне двухсторонней полисегментарной пневмонии массивное легочное кровотечение, пульмонэктомия справа. Ввиду присоединения респиратор-индуцированной нозокомиальной пневмонии (по данным бактериологических посевов — Pseudomonas), помимо вспомогательной и этиотропной терапии (антибиотикотерапия, высококалорийное питание, устранение нарушений метаболизма — анемии, гиперкоагуляции, предотвращение обезвоживания организма, профилактика нормализации функции желудочно-кишечного тракта), проводилась коррекция параметров АИВЛ. Стратегия ИВЛ носила характер жадящей. Выполнен переход в режим с инспираторной паузой, увеличением отношения I:E до 1:1, PEEP, периодическим раздуванием легких (Sigh) с установкой объема вдохов в 1,5-2 раза больше Vt и периодичностью 10-12 раз в час, не допускалось повышения PIP более 40 см вод. ст., использовались малые дыхательные объемы (5-7 мл/кг «идеальной» массы тела), несмотря на допустимую перmissive гиперкапнию, использовалась FiO₂ для поддержания достаточной SpO₂, относительно низкая частота вентиляции (12-14 в минуту).

Май 2016: торакотомия, резекция VI ребра справа, дренирование плевральной полости. Фооновая ЭЭГ (24.06.16) — регистрируются грубые изменения ритмики головного мозга с отсутствием электрогенеза со стороны коры с редукцией основных ритмов БЭА головного мозга. Изменения со стороны биоэлектрической активности головного мозга носят необратимый характер.

Отмечаются остаточные рефлекторные влияния на уровне стволовых структур (одиночные вертексные полифазные потенциалы).

9 сентября 2017 года: регистрируется остановка кровообращения по типу асистолии, реанимационные мероприятия с эффектом, далее интенсивная терапия носит характер продленных реанимационных мероприятий, отмечается прогрессирующее ухудшение состояния, в динамике нарастает кислородная зависимость, отмечаются признаки острого респираторного дистресс-синдрома.

По решению консилиума от 13.09.2017 параметры АИВЛ в режиме VCV с Vt 200, FiO₂ 0.8, PEEP +5, I:E 1,2:1, MV 5.3, PIP 33, C/R 11/43, Fapn 14. Ввиду снижения отношения PaO₂/FiO₂ ниже 100, нарастающего интерстициального отека легких, по данным рентгенографии, решено применить стратегию «открытых легких», мобилизацию альвеол с целью раскрыть спавшиеся нестабильные альвеолы, сохранить их открытыми, поддерживать оптимальный газообмен при возможно наименьшей амплитуде давления и возможно наименьшем среднем давлении в дыхательных путях. Прием мобилизации альвеол выполнялся без седации и миорелаксации ввиду нарушения сознания и отсутствия спонтанных инспираторных попыток у пациента, под постоянным контролем SpO₂, ЧСС, АД при продолжающейся кардиотонической поддержке. Дозы кардиотонической поддержки релевантны, с возрастанием по адреналину с 0,01 до 0,5 мкг/кг/мин, дофамин с 10 до 20 мкг/кг/мин. Повторные приемы мобилизации альвеол позволили снизить уровень ПДКВ, повысить отношение PaO₂/FiO₂ до 150-180.

Несмотря на некоторое улучшение газообменной функции, тяжелейший патологический процесс продолжал развиваться. 24 сентября 2017 года регистрируется повторная остановка кровообращения по типу асистолии, реанимационные мероприятия без эффекта, констатируется смерть.

Диагноз клинический: последствия перенесенной нейроинфекции. Хроническое вегетативное состояние с нарушением функции дыхательного центра.

Осложнения: госпитальная, вентилятор-ассоциированная полисегментарная пневмония единственного легкого, прогрессирующее тяжелое течение. Дыхательная недостаточность 3-й ст. Септический шок 3-й ст. с развитием респираторного

дистресс-синдрома. СПОН в стадии декомпенсации.

Соп.: состояние после пульмонэктомии справа от января 2016 г. по поводу легочного кровотечения, дренирование правой плевральной полости от января 2016-го. Хронический канюленоситель. Желудочно-кишечное кровотечение, остановившееся кровотечение F2B. Эрозивный гастрит. Эрозивный эзофагит, полип кардио-эзофагального перехода. Хронический уретрит, цистит.

Таким образом, неблагоприятный исход заболевания был закономерен ввиду развившихся патологических процессов в течении заболевания (18 лет). В процессе интенсивной терапии были отмечены все виды дыхательной недостаточности, которые развивались постепенно, согласно течению патологических процессов.

Уникальность данного случая состоит в том, что больной находился в вегетативном состоянии на аппаратном дыхании в течение 18 лет. При этом длительное время удавалось избежать осложнений, возникающих в процессе искусственной вентиляции легких:

- осложнения со стороны дыхательных путей — отек гортани, трахеобронхиты, пролежни стенки трахеи, трахеопищеводные свищи, стенозы трахеи, синуситы, нарушение акта глотания;

- осложнения со стороны легких — пневмонии, острый респираторный дистресс-синдром, ателектазы, респиратор-индуцированные осложнения (баротравма, волюмотравма, биотравма, ателектотравма);

- осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы — кровотечение из сосудов, внезапная остановка сердца, снижение артериального давления, эрозивные кровотечения из дуги аорты, брахиоцефального ствола, сонных артерий и яремных вен, тромбозы глубоких вен нижних конечностей;

- осложнения, связанные с техническими погрешностями при проведении ИВЛ и ВВЛ — нарушение герметичности дыхательного контура, нарушение проходимости присоединительных элементов, трубок и канюль, смещение эндотрахеальной трубки или трахеостомической канюли;

- другие осложнения — мочекаменная болезнь, почечная недостаточность (газовый алкалоз), пневмоперикард, газовая эмболия, желудочные кровотечения неясной этиологии (стрессовые эрозии), психические нарушения (невозможность общения, страх перед поломкой респиратора). ■

Реализация проекта «Вместе до конца»

Т. А. Зими́на, председа́тель КРОО «Ассоциация специа́листов со средним медицинским образова́нием»; И. И. Ишу́тин, дире́ктор АНО охра́ны здоро́вья гра́ждан «Призв́ание»



Татьяна Александровна Зими́на,
заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича», председа́тель КРОО «Ассоциация специа́листов со средним медицинским образова́нием»

Старение общества усиливает социальные проблемы, связанные с уходом за тяжелобольными людьми и инвалидами. Семьям, находящимся в такой ситуации, лучше всего известен масштаб случившегося. Уход за тяжелобольными требует не только заботы родственников, но и помощи со стороны медицинских и социальных служб, особенно когда его стоимость превышает финансовые возможности семьи. Зачастую больные и их опекуны, не получая поддержки, чувствуют растерянность и страх перед натиском развивающейся болезни. Прежде всего их пугает неизвестность. Между тем

■ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ – ВАЖНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ОБЛЕГЧЕНИЕ СТРАДАНИЙ БОЛЬНОГО, А ТАКЖЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.

при получении определенных знаний ответы на пугающие вопросы становятся не такими уж страшными. К примеру, знания о действиях по элементарному уходу за больным помогают больному и его родственнику не только справиться с трудной ситуацией, но и противостоять новым вызовам.

Осенью 2019 г. на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского» произошло важное событие — состоялась Региональная конференция для руководителей сестринских служб Красноярского края «Актуальные вопросы оказания паллиативной помощи в сестринском деле». Участниками конференции стали более 180 медицинских и социальных работников Красноярского края, задействованных в системе оказания паллиативной помощи. Были приглашены эксперты, развивающие практику оказания паллиативной помощи на территории Красноярского края. Участники конференции обсудили широкий круг вопросов по организации паллиативной помощи нуждающимся категориям населения, в том числе организационно-правового порядка. В ходе диалога обсуждались основные понятия таких законов, как ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи от 09.03.2019 и приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Выработался регламент взаимодействия министерств здравоохранения и социальной политики Красноярского края и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи Красноярского края в части организации деятельности медицинских сестер по выполнению стандартов безопасности при оказании паллиативной медицинской помощи. Обсуждались участие специалистов среднего звена в лечении болевого синдрома у паллиативных больных, обеспечение широкого круга возможностей межотраслевого взаимодействия при обеспечении ухода за паллиативными пациентами, находящимися в





амбулаторных условиях, а также вопросы выявления основных аспектов сестринского ухода за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи.

Участники конференции познакомились с практическим опытом оказания паллиативной помощи на примере работы трех медицинских организаций Красноярского края, что позволило выявить ряд положительных тенденций в развитии законодательной базы по оказанию паллиативной помощи в Российской Федерации в целом и Красноярском крае в частности. Итогом мероприятия стала резолюция с перечислением общих целей, задач и рекомендаций по совершенствованию паллиативной помощи в Красноярском крае. Так, профессиональному сообществу рекомендовано всячески способствовать реализации законодательных норм в области оказания паллиативной помощи населению с учетом специфики региона и активной кооперации с общественными и волонтерскими организациями. В свою очередь общественным организациям рекомендовано принимать активное участие в разработке и реализации проектов, связанных с оказанием паллиативной помощи населению.

— Важной рекомендацией конференции стала активизация направления по разработке и реализации проекта по созданию школ на базе медицинских организаций края для родственников паллиативных больных по основам ухода, а также для младшего медицинского персонала и социальных работников. Команда единомышленников Ассоциации специалистов

со средним медицинским образованием принялись за реализацию рекомендаций конференции. В результате кропотливого труда появилась школа для родственников и волонтеров по уходу за паллиативными больными с замечательным названием «Вместе до конца». С целью поиска финансирования в ноябре 2019 года была подана заявка в Фонд Президентских грантов. Наш проект оказался в числе победителей, на реализацию идеи нам было выделено около 2 млн рублей. Средства пошли на открытие трех филиалов школы «Вместе до конца», оснащенных всем необходимым для проведения очных занятий, повышение квалификации преподавателей, разработку образовательного портала www.krassmopalliative.ru, где транслируются знания по современным методикам ухода за паллиативными больными. Создание образовательного сервиса по паллиативному уходу стало важным инструментом для тяжелобольных возрастных людей и их родственников, что помогает им находить ответы на возникающие вопросы, видеть практическое применение тех или иных методик, — уверены в КРОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским образованием».

Среди преимуществ школы паллиативного ухода «Вместе до конца»: бесплатное обучение для больных и родственников, бессрочное пользование возможностями образовательного портала, удовлетворение индивидуальных запросов обратившихся и оперативное решение их стратегических задач, реализация практикоориентированного

обучения в форме образовательного кластера, возможность построения гибкой образовательной траектории под индивидуальную задачу обратившегося, научное и профессиональное взаимодействие специалистов через предоставление образовательных возможностей различным категориям населения, очный обмен опытом со специалистами, имеющими опыт практической деятельности.

— Выражаем огромную благодарность партнерам КРОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским образованием», в числе которых Министерство здравоохранения Красноярского края, АНО охраны здоровья граждан «Призвание», Институт дополнительного образования «Медэксперт», КГБУЗ «Красноярской краевой клинической онкологической диспансер им. А.И. Крыжановского», КГУЗ «КМДКБ №1» и другие, за поддержку наших инициатив и достижение общих положительных результатов. В их числе повышение уровня медицинской грамотности пациентов, которым необходима паллиативная помощь, и их родственников, а также остальных групп населения, заинтересованных в получении научной и образовательной информации в этом направлении. В любом деле главное — желание, а возможности его реализовать всегда найдутся. Поздравляю коллег и партнеров с Днем медицинского работника, желаю интересной медицинской практики и благодарных пациентов, — резюмирует Татьяна Александровна Зимина, председатель КРОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским образованием». ■



Аптека КМКБСМП

А. Г. Шуковская



Светлана Геннадьевна Шуковская,
заведующая аптекой КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н. С. Карповича»

Длительное время аптеку возглавляла Нина Антоновна Михалева, внесшая большой вклад в ее развитие. С 2007 года руководство аптекой осуществляет Светлана Геннадьевна Шуковская. В период 2008–2009 годы в помещении аптеки проведен капитальный ремонт с перепланировкой и переоснащением оборудованием. В настоящее время аптека КМКБСМП — это современное многофункциональное фармацевтическое отделение с ежедневным отпуском до 5–7 тысяч упаковок лекарственных препаратов и изготовлением более 650 стерильных и нестерильных лекарственных форм.

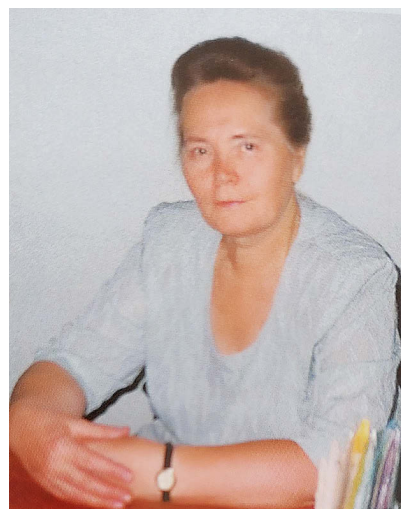
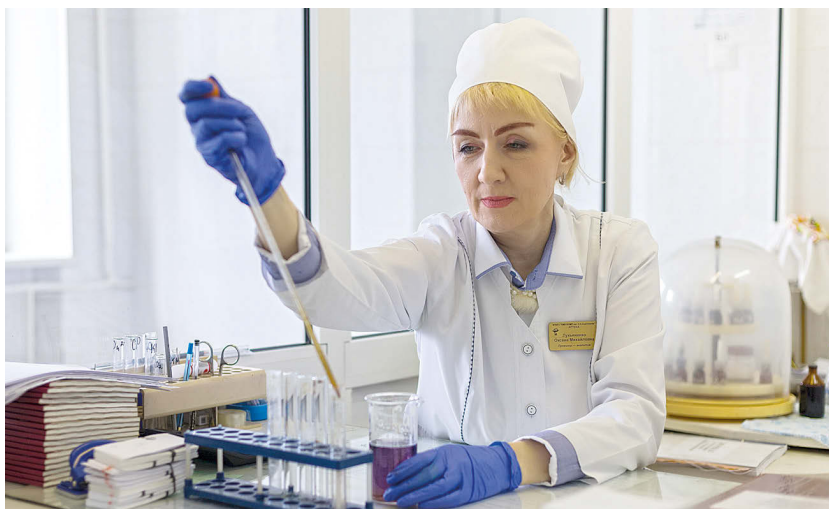
■ ГЛАВНОЙ ЗАДАЧЕЙ АПТЕКИ КМКБСМП ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ И КАЧЕСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАЦИОНАРА МЕДИКАМЕНТАМИ И ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ. ОТКРЫЛАСЬ БОЛЬНИЧНАЯ АПТЕКА В 1973 ГОДУ ПОД РУКОВОДСТВОМ ЗАВЕДУЮЩЕЙ МАРИИ ИВАНОВНЫ ВОЛКОВОЙ. АПТЕКА РАСПОЛАГАЛАСЬ В ПРИСПОСОБЛЕННОМ ПОМЕЩЕНИИ (НЫНЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ) И ОБСЛУЖИВАЛА 5 ОТДЕЛЕНИЙ НА 300 КОЕК: ДВА ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И 3 ИНФЕКЦИОННЫХ.

— Главная ценность аптеки — сплоченный коллектив, в котором трудятся порядка 20 человек, из них 7 провизоров, 3 фармацевта, 4 фасовщика, 5 санитарок и подсобный рабочий. Все сотрудники аптеки с большой ответственностью и огромным профессионализмом относятся к своей работе. Аптека гордится своими передовиками. В их числе Надежда Альбертовна Староватова, фармацевт с высшей категорией. Надежда Альбертовна пришла в коллектив в 1977 году после окончания фармацевтического училища и трудится до сих пор, имея одну запись в трудовой книжке. Вероника Геннадьевна Позднякова закончила фармацевтический факультет Томского медицинского института, в коллективе аптеки трудится с 1993 года в должности провизора-технолога, а с 1998 года — заместителя заведующей аптеки. Оксана Михайловна Лукьяненко пришла в наш коллектив в 1990 году на должность фармацевта, в 2008 году окончила Алтайский государственный медицинский

университет и перешла на ответственную должность провизора-аналитика. Я горжусь нашим коллективом и желаю каждому достичь профессиональных высот, достойных подражания, — отмечает Светлана Геннадьевна Шуковская, заведующая аптекой КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича».

Отпуск медикаментов из аптеки в отделения осуществляется ежедневно в соответствии с утвержденным графиком, а также, в случаях экстренной необходимости, вне графика круглосуточно. Получение товаров от поставщиков осуществляется ежедневно, согласно графику поставок. На момент поставки проводится комиссионный приемочный контроль.

Значимым направлением работы аптеки является организация работы по выявлению недоброкачественных, контрафактных и фальсифицированных лекарственных средств. С этой целью ежедневно в режиме мониторинга с сайта Росздравнадзора провизоры получают





информационные письма об изъятии из обращения либо приостановке реализации забракованной продукции. При обнаружении забракованной серии лекарственных препаратов и медицинских изделий проводятся все необходимые мероприятия, предусмотренные действующим законодательством, что позволяет обеспечить безопасность их применения в процессе лечения.

Аптека проводит большую работу по рациональному размещению и организации правильного хранения лекарственных и медицинских средств на имеющихся площадях. С этой целью проводится плановая работа по переоснащению материальных комнат аптеки соответствующим оборудованием, в том числе современными фармацевтическими холодильниками, позволяющими обеспечить должный температурный режим хранения, а также кондиционерами и увлажнителями, защищающими от неблагоприятного воздействия различных факторов

окружающей среды. Ведется ежедневный контроль параметров микроклимата помещений хранения.

— С 1 июля 2020 года аптека КМКБСМП вступила в обязательную систему маркировки всех выпускаемых лекарств (МДЛП). Каждый препарат маркирован уникальным двумерным Data Matrix кодом. Механизм прост, при приемке лекарственных и медицинских средств сканируются коды с упаковок, сверяются и затем утверждаются. Далее при отпуске необходимой медицинской продукции в отделение больницы провизор сканирует код маркировки на упаковке, оператор фискальных данных отправляет его в систему маркировки и код выбывает из общего оборота. Данная система очень удобна для работы, — поясняет заведующая аптекой.

В условиях пандемии COVID-19 в связи с лекарственным обеспечением ковидных госпиталей в разы увеличился товароборот лекарственных препаратов, как следствие, и объем работы у

фармацевтических организаций. Не стала исключением и аптека КМКБСМП, и тем не менее дружный коллектив справился с поставленной задачей: все отделения больницы в полном объеме и своевременно обеспечивались и продолжают обеспечиваться всеми необходимыми медикаментами и перевязочными материалами.

— Если врачи — это руки, ноги, голова, сердце и душа клиники, то аптека в ней, безусловно, — кровь и лимфа, поставяющая все необходимые ингредиенты для нормального функционирования этих органов, очень точно подметил один из писателей-медиков, и наш коллектив полностью разделяет это высказывание. От всей души поздравляю всех медицинских и фармацевтических работников КМКБСМП с Днем медицинского работника. Желаю успешной работы, профессионального роста и развития, счастья и удачи во всех начинаниях! — поздравляет коллег Светлана Геннадьевна Щуковская. ■



История БСМП: доктор-токсиколог Брюханов

Пресс-служба КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича»

■ ИМЯ ВЛАДИМИРА МИХАЙЛОВИЧ БРЮХАНОВА ИЗВЕСТНО НЕ ТОЛЬКО В КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА», ЕГО ХОРОШО ЗНАЮТ И УВАЖАЮТ ВО ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КРАСНОЯРСКА И КРАЯ. ИМЕННО ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ СТОЯЛ У ИСТОКОВ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ. ПРИ ЭТОМ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЯ ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА БЫЛА НЕИЗМЕННО СВЯЗАНА С БОЛЬНИЦЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.



Трудовой путь Владимира Михайловича начался в 1976 году. После окончания Красноярского государственного медицинского института он и несколько его сокурсников пришли в интернатуру в недавно открывшуюся престижную БСМП. Работал в приемном отделении, потом в отделении гастроэнтерологии. Врачей не хватало, но коллектив был дружным. Через три года Николай Семенович Карпович предложил молодому доктору Брюханову возглавить отделение гастроэнтерологии.

Тогда 15 из 30 коек в гастроэнтерологии были «токсикологическими». Через два года Владимиру Михайловичу поступило очередное предложение от главного врача возглавить новое, единственное в Красноярском крае, отделение токсикологии. Единственным оно остается и в настоящее время. Открылось отделение на базе ПДО 12 мая 1982 года. О своем первом дне Владимир Михайлович вспоминает с улыбкой: «Пришли с Андреем Юрьевичем Шумбасовым, думали, после праздников будет много народу,

но оказался один человек, наркоман, тогда, кстати, пациенты с наркотическим отравлением были большой редкостью. Закончили обход и сели играть в шахматы».

В это самое время Владимир Михайлович был назначен главным токсикологом края. Работу в новой должности начал с обучения и знакомства с опытом коллег, побывал в аналогичном медицинском учреждении в Иркутске, посмотрел, как они работают. Владимир Михайлович и сам активно делится профессиональным опытом.

Одним из первых освоив и применив на практике метод перитониального диализа, врач обучал своих подчиненных.

— Время было интересное для приобретения профессионального опыта, многое делали сами — пункции, трахеостомы, — вспоминает **Владимир Брюханов**.

— Работать под началом Владимира Михайловича было комфортно, — делится воспоминаниями **заведующая отделением для больных с острыми отравлениями БСМП Татьяна Геннадьевна Шиврина**, — всегда можно было обратиться за помощью, спросить совета о том, как лучше помочь больному, какой метод применить. Владимир Михайлович — специалист высокого класса. Под его руководством начинали свою врачебную деятельность Алексей Георгиевич Кришток, Сергей Викторович Коваленко, Ирина Леонидовна Поссельт, Сергей Васильевич Гребенников. Он был настоящим наставник для молодых врачей, и нам всем, его ученикам, очень повезло!

Был у Владимира Михайловича и небольшой перерыв в практической деятельности в БСМП, связанный с командировкой в Алжир, где он работал врачом при Советском посольстве. По возвращении в Красноярск сразу же получил предложение от Николая Семеновича Карповича, возглавлявшего в тот период БСМП, который буквально заставил Брюханова вернуться в коллектив на прежнюю должность заведующего токсикологией.

Владимир Михайлович всегда с теплотой вспоминает работу в отделении и свой коллектив: грамотные врачи; медсестры — настоящие универсалы, кстати, коллеги во многом переняли и его опыт в работе со средним медицинским персоналом.



В 1992 году Владимир Михайлович принял решение отойти от административной деятельности и продолжить работу с пациентами в качестве лечащего врача-токсиколога, оставаясь бесспорным авторитетом у молодых специалистов.

Врачебная практика врача-токсиколога Владимира Михайловича Брюханова является ярким подтверждением эпохальных изменений в обществе.

— В первые годы работы токсикологического отделения в БСМП пациенты поступали в основном с отравлениями бытовой химией, медикаментами, случаи алкогольной интоксикации тоже были, но не так много, народ сдерживал закон о тунеядстве. С годами практика лечения случаев отравления бытовой химией ушла на второй план, но расширился спектр отравлений, связанных с применением различных групп сильнодействующих медикаментов. Поводы были разными: от случайных

отравлений до суицида — несчастная любовь, плохие оценки на экзаменах. Был случай, когда подросток решил свести счеты с жизнью только потому, что родители не купили ему новые джинсы. Как правило, общество негативно относится к суициду, мы же в стенах больницы старались оказать своим пациентам не только медицинскую, но и психологическую помощь. Беседовали, выясняли причины, проявляли сочувствие, объясняли и показывали возможности будущих жизненных перспектив, вселили в людей уверенность. Лечили не только тело человека, но и душу. И нам это удавалось. В девяностые годы первенство держали случаи, связанные с алкогольным отравлением, что было неудивительно: страну наводнило большое количество алкоголя в том числе сомнительного качества. Первые пациенты с наркотическим отравлением появились в начале 2000-х годов. Может, это и покажется странным, но с годами таких пациентов становится меньше, сказывается нацеленность общества на здоровый образ жизни и вовлеченность молодого поколения в занятия физкультурой и спортом, — отмечает Владимир Михайлович.

В настоящее время Владимир Михайлович Брюханов находится на заслуженном отдыхе, но старается бывать в больнице, где его всегда ждет любимый коллектив — вторая семья. И пусть его голос реже слышится в больничных стенах, Владимир Михайлович всегда остается на связи со своими коллективом. Наш добрый друг, старший коллега, врач, чей жизненный и профессиональный совет всегда будет значим для действующих врачей и подрастающего поколения медицинских работников. От души поздравляем Владимира Михайловича с Днем медицинского работника. Ценим, любим и всегда ждем в гости! ■



Александр Кондратьев: «От доктора пациенту нужны прямота и терпимость»

Таисия Аникина, пресс-секретарь КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»

■ ЗАВЕДУЮЩИЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ АЧИНСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ АЛЕКСАНДР КОНДРАТЬЕВ ПО РОДУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИДЕАЛИСТОМ БЫТЬ НЕ МОЖЕТ. ПРИЗНАЕТСЯ, ЧТО В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПРАГМАТИК, НО С ДУШОЙ НАСТОЯЩЕГО ВРАЧА, ВДУМЧИВОГО, СЕРЬЕЗНОГО, НЕ БРОСАЮЩЕГО СЛОВ НА ВЕТЕР. БЫВАЕТ, СКАЖЕТ НЕ ТОРОПЯСЬ ВСЕГО ЛИШЬ НЕСКОЛЬКО РАЗМЕРЕННЫХ ВЕСОМЫХ СЛОВ, И ТЫ ПОНИМАЕШЬ, ЧТО ЭТОМУ ЧЕЛОВЕКУ МОЖНО И ВЕРИТЬ, И БЕЗГРАНИЧНО ДОВЕРЯТЬ.

Доктор Кондратьев не только замечательный врач, но и очень интересный собеседник, и хотя в разговоре сам он улыбается нечасто, его остроумные шутки поднимают настроение коллегам.

Трогательный случай из школьного детства: когда Саше не было еще шести лет, он отправился в первую «альма-матер». Произошло это в селе Николаевка Тухтетского района Красноярского края. В школе-восьмилетке, где он учился в начале 70-х годов, происходило волнующие события — принимали в пионеры. Согласно традиции, в торжественной обстановке всем третьеклассникам повязывали красные галстуки, а Сашу, который по возрасту оказался немного младше одноклассников, но с полной серьезностью готовился к событию, отвели в сторонку и сказали: «Ты еще маленький, тебе нельзя». Эмоции переполнили мальчика, и он расплакался. Этот эпизод в нашей беседе открыл для меня Александра Кондратьева, заведующего «травмы» в новом качестве — хороший доктор должен обладать не только профессиональными знаниями и умениями, но и простыми человеческими качествами: уметь сострадать боли, уметь вселять надежду на исцеление.

— Медицинский институт я поступил осмысленно. Наше поколение росло на фильмах про самоотверженных врачей. Я и сейчас часто пересматриваю фильмы «Степень риска», «Дни хирурга Мишкина», где отражены сложные будни врачей-хирургов и романтика профессии. Я с детских лет мечтал стать хирургом, и рад, что не отступил от своего желания, выбранная профессия меня вдохновляет, ведь нет ничего



важнее, чем помогать людям, — говорит Александр Васильевич.

Про студенческие годы особо не рассуждает, но с теплом вспоминает, что с первого курса будущим медикам прививали уважение к однокурсникам, просили называть друг друга на вы. Дисциплинировал и белый халат, надевая который студенты все больше и больше погружались в выбранное предназначение. Спрашиваю собеседника про допустимость мягкости характера в жесткой специализации травматолога, отвечает вопросом на вопрос: «Человеку нужно ампутировать ногу. Если не сделать этого, он умрет. Какая тут мягкость?»

Чтобы довести до пациента поставленный диагноз и возможные последствия, нужны, уверен врач Кондратьев, в первую очередь прямота и правдивость. Больной должен знать, что происходит с его здоровьем и

каким по сложности будет процесс лечения.

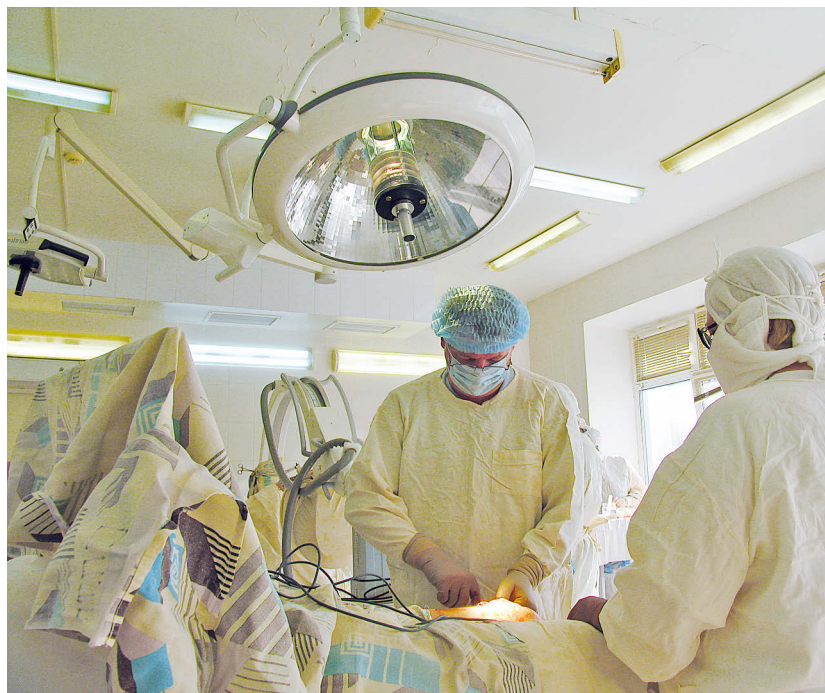
— Врач не имеет права на ошибку, у человека нет запасной жизни. От своевременного и правильного диагноза зависит дальнейшее качество жизни человека. Даже когда доктор понимает, что худший вариант неизбежен, он продолжает надеяться и внушает эту надежду пациенту. Бывает, совершается чудо, без этой философии в нашем деле никуда. Лирика это или нет, но врачи приходят в профессию, прежде всего, чтобы помогать людям. Каждый пациент, даже при условии одинакового диагноза, — это абсолютно новый врачебный случай. Может, это покажется и странным, но я помню практически всех своих пациентов, особенно со сложными травмами. Приятно встречать людей, пролеченных тобой, на улице, видеть на их лицах улыбки, слышать слова благодарности. Положительные эмоции

пациентов воодушевляют врача, делают сильнее, — улыбается Александр Кондратьев.

У нашего героя на все жизненные перипетии свой взгляд, нам стало интересно его рассуждение о клятве Гиппократов, что во многом говорит о характере врача Кондратьева, его отношении к профессии.

— В клятве Гиппократов говорит о том, что врач ответственен прежде всего перед самим собой и клятву дает себе, а не пациенту. Задача врача — сделать так, чтобы пациент вышел из больницы здоровым и полным жизненных сил. При этом врач только лишь направляет пациента на путь выздоровления, но пройти по нему должен сам человек. Бывает и так, что человек, боясь боли, старается не двигаться, в этом случае врач должен проявить строгость. Важно не дать пациенту сдаться, ведь каждый из дней, проведенных в постели, отбирает силы, а у некоторых они последние, — отмечает Александр Кондратьев.

К модным увлечениям фитнесом, азиатскими методиками занятий врач Кондратьев относится как профессионал — сдержанно, подчеркивая, что такие понятия, как «мода» и «хорошо» совсем не синонимы. Ведь в отделение травматологии чаще всего попадают сильные здоровые люди, с которыми случился форс-мажор, фатальное стечение обстоятельств — травма. Многие из них совсем не готовы ощущать себя больными, поэтому становятся раздражительными. Восстановление эмоционального фона таких пациентов требует дополнительных усилий



врача, где во многом помогают специальные знания по психологии.

— Человек — это особая малоизученная субстанция. Как поведет себя организм в том или другом случае, какой будет реакция на медикаменты, как болезнь скажется на настроении пациента — все очень индивидуально. Хочу пожелать своим землякам относиться бережнее к себе и окружающим. Мы все — взрослые и дети — очень ранимы, с разной психологией и степенью болевого порога. Научитесь слышать себя, свой организм, который всегда подскажет, когда устал и нужно отдохнуть. Будьте терпимее к стрессам, ведь отрицательные эмоции не только опустошают, но и ведут к болезни. Научитесь контролировать поступающую энергетику, постарайтесь, чтобы этот поток был только положительным. От всей души поздравляю коллег с профессиональным праздником — Днем медицинского работника! Удачи всем на выбранном пути! — резюмирует врач Кондратьев. ■

Наши ветераны

■ В КАНУН 76-Й ГОДОВЩИНЫ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ СОТРУДНИКИ БСМП СОВМЕСТНО С ПРОФСОЮЗНЫМ КОМИТЕТОМ ПОЗДРАВИЛИ С ПРАЗДНИКОМ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ, МНОГО ЛЕТ ТРУДИВШИХСЯ В НАШЕЙ БОЛЬНИЦЕ.

Почтенный возраст и здоровье не позволяют ветеранам покидать квартиры, поэтому коллег из больницы перед праздником встречают радушно у себя дома, как положено, празднично одетыми, не забыв про орден и медали.

Мария Ефимовна Лукьяненко — участник ВОВ, служившая связистом-телефонистом с 1943 по 1945 годы в зенитно-артиллерийской дивизии, в/ч 53736 (308) 3-й ударной армии. В БСМП 10 лет отработала в 2-м инфекционном отделении. Ее награды: орден Великой Отечественной войны 1-й степени, медаль «За Победу над Германией», медаль «За отвагу».

Лилия Николаевна Мельникова — работник тыла. В годы войны трудилась на заводах «Химкомбинат», «КрасМаш». В больнице работала в бухгалтерии. Награды: медаль «За Победу 1941-1945», медали «40 лет Победы», «50 лет Победы».

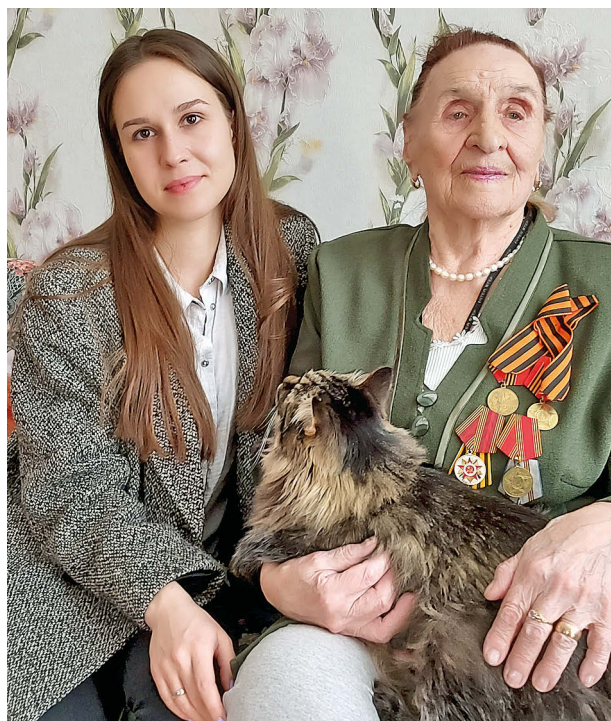
Валентина Григорьевна Свищева — работник тыла, с 1943 по 1946



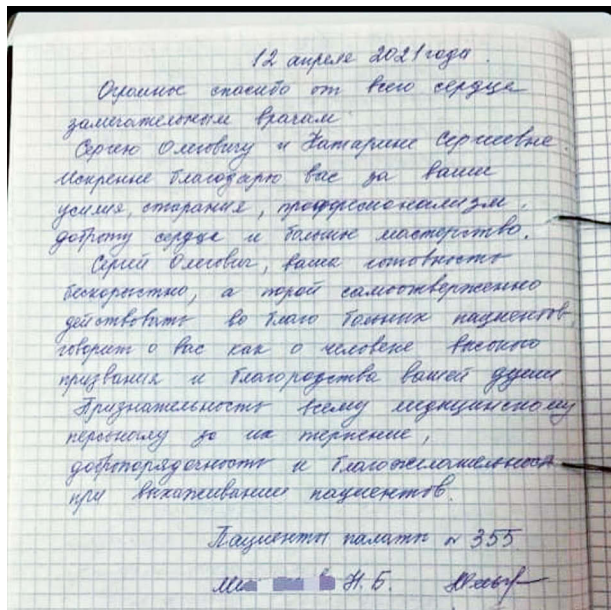
годы трудилась на военном предприятии. В больнице 12 лет работала санитаркой в кардиологическом отделении. Награды: медаль «50 лет Победы».

Наши ветераны благодарят

коллектив БСМП за поздравления, в свою очередь передают слова поддержки медикам, работающим в столь непростой период, и всех просят беречь здоровье. ■



Слова благодарности



Я минусинец, Валерий Викторович В.! Мучился с ногой почти 30 лет. 1 апреля прибыл в вашу больницу. 2 апреля была произведена операция эндопротезирования правого коленного сустава. Спасибо Вам, Константин Валерьевич Тутынин. Ура! Я пошел прямою в отделение медицинской реабилитации 15.04.21. Я покидаю отделение реабилитации г. Красноярск и еду домой в г. Минусинск. Мне 65 лет, но я покидаю это отделение с таким чувством благодарности, у меня такое возбужденное настроение от переполненных чувств.

Спасибо Вам, настоящим медикам, медицинскому персоналу, лечащему врачу Евгению Павловичу за Ваш труд, заботу и терпение. Успехов Вам в труде. Вы просто молодцы.

Отзыв пациента «ковидного» госпиталя с сайта больницы.

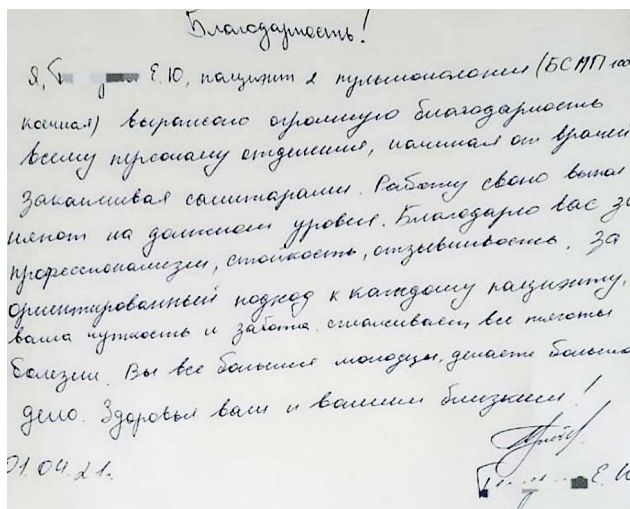
Хочу выразить слова благодарности всему персоналу 3-го инфекционного отделения БСМП и лично доктору Липняговой. Лежал в феврале с диагнозом КОВИД. Да, я в больницах с 90-х годов не лежал. Но могу сказать одно. Если бы вся медицина у нас работала так, как работают в так называемых «красных зонах», то у нас население было бы самое здоровое. Внимание персонала зашкаливает все ожидания. Больных не оставляют ни на минуту. Все очень вежливо. Почему-то у всех возникает вопрос питания. Ну да, не домашняя кухня, но порции очень большие. А с другой стороны, с КОВИД аппетита нет от слова «совсем». В общем, кроме слов благодарности третьему инфекционному отделению БСМП Красноярск, сказать ничего не могу. Спасибо вам. Владимир.

Выражаю огромную благодарность за чуткое отношение к своим пациентам хирургу-кардиологу Чикиневу Роману Юрьевичу. Я считаю, что это профессионал своего дела. В феврале этого года Чикинев Роман Юрьевич сделал мне операцию на сердце, и сделал то, что не могли сделать с 2014 года. Низкий поклон Вам, Роман, и мои самые наилучшие и добрые пожелания!

Пациент Сергей Александрович Т.

Хочу выразить благодарность за профессионализм доктора Ивана Анатольевича Гвоздева, его отношение к весьма пожилой пациентке и ее родственникам. 1. Посещения были запрещены, доктор дал свой номер, мы имели всю информацию о состоянии пациентки и подготовили ее морально к операции, а сами подготовились к выписке и уходу за больной дома. 2. Качество его основной работы! Свекровь на своих ногах, снова самостоятельна и активна. 3. Заботливое отношение персонала в отделении, уход, это отметила сама пациентка. Четкая организация работы в отделении. Свекровь 80 лет, упала на улице 27 ноября, пятница, поступила по скорой в травматологию БСМП, перелом в тазобедренном суставе, высокий сахар, повышенное давление, на дворе ковид. Приняли, снимок, анализы, процедуры. Все выходные снижали сахар. Утром в понедельник звонит свекровь — доктор дал свой номер телефона для родственников — Гвоздев И. А. Огромная благодарность доктору за человечность, профессионализм, оперативность, особенно в период эпидемии! Прооперировал, поставил металлоконструкцию, проинформировал обо всех особенностях, режим после выписки, дал нам положительный настрой. Выписали в пятницу 4 декабря, уже можно было вставать к ходункам. Все пошло по плану и дальше, в настоящее время свекровь уже ходит на улицу, живет на 5-м этаже без лифта, сделала прививку и т. д.

Родственница пациентки Татьяна.



За высокий профессионализм, знание своего дела, чуткое отношение к больному выражаю большую благодарность врачам гинекологического отделения Красноярской межрайонной клинической больницы им. Карповича (далее БСМП) Ульяновой Инге Олеговне, которая в ночь со 2 по 3 марта 2021 года проявила, не побоюсь этого слова, «самоотверженность», проведя в экстренном порядке сложнейшую операцию моей 90-летней бабушке Екатерине Ивановне К., благодаря ее слаженным действиям и быстрому принятию правильного решения бабушка с нами. Также хочу отметить высокий профессионализм в работе врача той же больницы Даташвили Софию Самсоновну, под наблюдением которой находилась столь сложная пациентка. Даташвили Софию очень грамотный, высококвалифицированный, чуткий и понимающий врач. От себя лично хочу выразить им и всему мед. персоналу гинекологического отделения БСМП большую благодарность за их труд.

Внучка пациентки Наталья С.



СБЕР

Прайм +

— лучшая подписка*

на

www.sber.ru

* ТАРИФНЫЙ ПЛАН ОТ ПАО СБЕРБАНК (ДАЛЕЕ — «ТП») — СТОИМОСТЬ НА НАБОР ПРОДУКТОВ/УСЛУГ С УКАЗАНИЕМ ИХ ПЕРЕЧНЯ И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ (РАЗМЕРА ПЛАТ И/ИЛИ ИНЫХ УСЛОВИЙ), ДОСТУПНЫЙ ДЛЯ ПОДКЛЮЧЕНИЯ В ПЕРИОД С 01.04.2021 ПО 30.09.2021 ВКЛЮЧИТЕЛЬНО В МОБИЛЬНОМ ПРИЛОЖЕНИИ «СБЕРБАНК ОНЛАЙН» (0+). ПОДРОБНЕЕ ОБ УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ТП И ПРОДУКТАХ/УСЛУГАХ В НЕГО ВХОДЯЩИХ, ИМЕЮЩИХСЯ ОГРАНИЧЕНИЯХ И ИНЫХ УСЛОВИЯХ НА [HTTPS://SBERPRIME.SBER.RU/PLUS](https://sberprime.sber.ru/plus). ПАО СБЕРБАНК ГЕНЕРАЛЬНАЯ ЛИЦЕНЗИЯ БАНКА РОССИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ БАНКОВСКИХ ОПЕРАЦИЙ № 1481 ОТ 11.08.2015.