



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Коган Аркадий Борисович:

**РАБОТНИКИ БСМП –
ОСОБАЯ КАТЕГОРИЯ ВРАЧЕЙ!
ВЫ ДЕЛАЕТЕ СВОЮ РАБОТУ –
ВЫ СПАСАЕТЕ ЛЮДЕЙ!**

стр. 11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСЕКЦИИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

стр. 15

ЭКЗАНТЕМНЫЕ МАСКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИРУСНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ

стр. 21

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

— *поздравления* —

А.Б. Коган,
главный врач



*Уважаемые коллеги –
сотрудники БСМП
и все медицинские работники!*

От всей души поздравляю вас с профессиональным праздником! Для нас это не просто праздник. Для нас это не просто профессия.

В нашей профессии мы каждый день принимаем решение, от которого зависит жизнь человека. И здесь нельзя ни медлить, ни ошибаться.

Сотрудники БСМП – особая категория врачей. Это профессионалы, которые каждый день, каждый час, каждую минуту – как на передовой: экстренная помощь, сложные пациенты, непростые люди. От быстроты принятия решения, от профессионализма, от слаженности работы в команде зависит самое главное – человеческая жизнь! И вы не подводите. Каждый день, не задумываясь об этом, вы делаете то, что вызывает восхищение пациентов и их родственников, уважение коллег и одобрение старейшин – вы делаете свою работу: спасаете людей!

Можно создать все условия для оказания медицинской помощи – построить красивое здание, оснастить его современным оборудованием, приобрести современные медицинские препараты, предложить

высокий уровень комфорта – но без медицинского работника, без профессионала, без его души и самоотверженности, без чуткого и внимательного отношения к пациенту результата не будет.

**Говорю вам огромное
спасибо от себя
и от имени людей,
которых вы спасли.**

Говорю вам огромное спасибо от себя, от имени людей, которых вы спасли, которых вылечили, от имени их родных и близких, от имени тех, кто надеется никогда не обратиться к нам за помощью, но обратившись, верит, что будет в надежных руках!

Я желаю крепкого здоровья вам и вашим близким, желаю мира в ваших семьях, гармонии в душе, стремления к развитию и достойного уровня жизни! Мы умеем работать, и уверен – все у нас получится!

— *поздравления* —



А.Г. Хлопонин,
заместитель председателя
Правительства РФ

*Уважаемый Аркадий Борисович
и коллектив Больницы
скорой медицинской помощи!*

Поздравляю Вас с профессиональным праздником –
Днем медицинского работника!

Ваш труд в числе самых необходимых. Здоровье человека во многом зависит от вашей любви к людям, понимания и ответственного отношения к возложенной на Вас миссии. Ваше внимание и принципиальное отношение к делу лечат наряду с лекарствами и медицинскими технологиями.

Искренне желаю Вам при любых обстоятельствах сохранять оптимизм и чувство гордости за профессию.

Здоровья Вам и Вашим близким, счастья, благополучия и дальнейших успехов в работе!

Вы посвятили свою жизнь гуманному и благородному делу – медицине. Ваша миссия сложна и ответственна, а труд требует полной отдачи сил, опыта и знаний. Желаю вам доброго здоровья, позитивного настроения, больших профессиональных успехов на благо защиты здоровья жителей Красноярска и края. Пусть каждый день открывает вам новые перспективы, а рядом всегда будут хорошие друзья и надежные партнеры.



В.А. Толоконский,
Губернатор Красноярского края

Дорогие друзья!

Поздравляю вас с профессиональным праздником и желаю одной из крупнейших больниц Красноярска безупречной работы и процветания!

Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича хорошо известна жителям города как главная больница скорой медицинской помощи Красноярска. За годы работы клиники здесь были спасены тысячи человеческих жизней, а неотложную помощь получили почти полтора миллиона жителей края.

Врачи и весь персонал БСМП давно и прочно закрепили за собой репутацию уникальных профессионалов, круглосуточно работающих на передовой и имеющих самую обширную врачебную практику. Высочайшая квалификация докторов, хирургов, самые современные технологии и широкие лечебно-диагностические возможности сделали больницу имени Н.С. Карповича универсальной базой для подготовки молодых врачей и повышения уровня практикующих специалистов других красноярских клиник.

Дорогие друзья! Спасибо вам за добросовестный труд на столь ответственном посту, за высокопрофессиональную работу, которая помогает возвращать людям жизнь и здоровье, развивать наше здравоохранение.

От всей души желаю коллективу новых профессиональных успехов, благодарных пациентов и, конечно, огромной веры в свои силы!

—поздравления—



А.В. Усс,
*председатель Законодательного Собрания
Красноярского края*

Уважаемый Аркадий Борисович!

Поздравляю Вас и весь коллектив врачей, среднего и младшего медицинского персонала, технических и хозяйственных служб с профессиональным праздником!

Достойной оценкой вашего труда является высокий авторитет больницы среди жителей города и края. Сегодня Красноярская БСМП известна как надежная клиническая база медицинского университета, обеспечивающая подготовку и повышение квалификации специалистов разного профиля, разработку новых методов диагностики и лечения. Выражаю всем глубокую признательность за спасенные жизни, душевность и внимание к людям.

Желаю новых успехов в вашем благородном труде, благополучия в семьях, стабильности и хорошей перспективы!



П.И. Пимашков,
*депутат Государственной Думы
Российской Федерации*

Уважаемый Аркадий Борисович!

От всей души поздравляю Вас и весь Ваш коллектив с профессиональным праздником.

Этот день – замечательный повод для того, чтобы выразить благодарность врачам, фельдшерам, медицинским сестрам, сотрудникам «скорой помощи», санитаркам – всем тем, кто в трудные минуты приходит на помощь к людям.

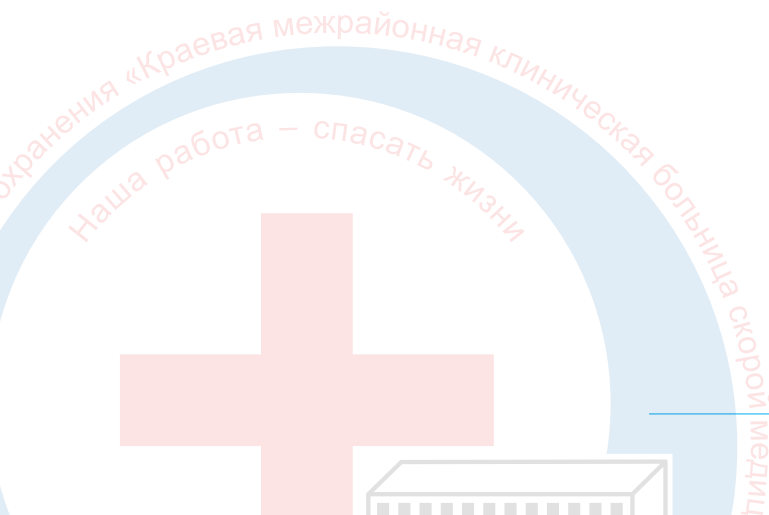
Мы чествуем всех, кто связал свою судьбу с одной из самых благородных профессий – дарить людям жизнь и здоровье.

Жизненное кредо настоящего медика – это постоянная готовность прийти на помощь, требующая огромных сил, энергии и чуткости.

В этот праздничный день примите искренние слова благодарности за нелегкий труд, за Ваше милосердие, за неиссякаемый оптимизм и желание верно служить выбранному делу.

Пусть в Вашей жизни будет больше благодарных пациентов и радостных моментов!

Желаю Вам здоровья, счастья, удачи, мира и благополучия в каждой семье, новых трудовых успехов, уверенности в завтрашнем дне!



поздравления



Г.Е. Пашинова,
заместитель председателя
Правительства края

*Уважаемый Аркадий Борисович,
коллектив больницы скорой
медицинской помощи!*

Поздравляю Вас с профессиональным праздником!

На сегодняшний день отрасль здравоохранения – одна из наиболее динамично развивающихся отраслей социальной сферы.

Строительство современных клиник, развитие новых технологий, методов лечения, активная информатизация здравоохранения – все это показатели того, что предоставление медицинских услуг выходит на качественно новый уровень. В центре этих процессов – уникальные люди – медицинские работники.

Каждый, кто связал свою жизнь с медициной, понимает, какая высокая ответственность возложена на него, постоянно демонстрируя силу своего характера, интеллект и профессиональные знания, желание совершенствоваться и смелость при принятии серьезных решений.

Вы преданны своему делу и людям, которые доверяют Вам самое дорогое – свою жизнь!

В этот замечательный праздник желаю Вам, прежде всего, здоровья, новых идей, интересных открытий, счастья, мира и добра!



В.Н. Янин,
министр здравоохранения Красноярского края

«Люди, занятые возвращением здоровья другим, выказывают удивительное единение мастерства и человечности и стоят выше всех великих на этой земле». Вольтер

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Медицина складывается из повседневного, самоотверженного, а нередко и героического труда. От медиков чаще, чем от представителей других профессий, требуют невозможного. И на деле действительно удается оправдывать, казалось бы, несбыточные надежды: возвращать людей к полноценной жизни, наполняя ее счастьем и радостью!

Искренне желаю всему коллективу одного из крупнейших стационаров Красноярского края – Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича – крепкого здоровья, успехов в благородном деле по спасению жизни и возвращению здоровья жителям Красноярска и края, счастья и душевного тепла в доме, комфортных условий труда, добра и благополучия!

— *поздравления* —



Э.Ш. Акбулатов,
Глава города Красноярск



В.А. Ревкуц,
*Председатель Красноярского городского
Совета депутатов*

Уважаемые медицинские работники города Красноярск!

Поздравляем вас с профессиональным праздником!

Российская медицина известна славными традициями и великими именами докторов, учёных и гуманистов, которые обогатили мировой опыт своими знаниями, исследованиями, выдающимися открытиями и уникальными методиками сохранения самой большой ценности на свете – человеческого здоровья. Такие имена, безусловно, есть и в истории красноярской медицины: Николай Семёнович Карпович, Иосиф Семёнович Берзон, Александр Михайлович Дыхно и, конечно, Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, архиепископ Лука – вот лишь некоторые из тех, кто закладывал основы красноярского здравоохранения, на кого как на непререкаемый авторитет и эталон мастерства равняется нынешнее поколение медиков.

Сегодня в Красноярске делается всё для того, чтобы медицинская помощь населению была максимально качественной и доступной – развивается медицина высоких технологий и вместе с тем ведётся не менее ответственная, серьёзная работа по совершенствованию медицины первичного звена, модернизируется материально-техническая база больниц и поликлиник, реконструируются помещения, вводится в эксплуатацию передовое оборудование, планируется строительство новых учреждений, необходимых, в том числе для Универсиады-2019.

Как результат – отмечаемый на протяжении послед-

них лет рост рождаемости, улучшение показателей эффективности лечения в кардиологии, онкологии, хирургии, педиатрии. А за этими статистическими данными – жизни людей и ежедневный честный, самоотверженный труд тысяч специалистов.

Руководители отрасли, врачи, фельдшеры, медсёстры, санитарки, младший персонал – каждый из вас заслуживает уважения и признания, каждый вносит значимую лепту в выполнение общей миссии. И те ресурсы, которыми располагает современная медицина, – несомненно, очень важное, но всё-таки лишь дополнение к главному – к вашему неравнодушию, таланту, умению сострадать и добросердечности.

Пусть столь замечательные качества и впредь остаются вашими отличительными чертами и служат доказательством того, что здоровье красноярцев – в надёжных руках!

Мы искренне желаем вам удачи, благополучия и счастья! С праздником!

— *поздравления* —



И.П. Артюхов,
ректор ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с Днем медицинского работника!

Больница скорой медицинской помощи – одна из лучших клиник Красноярского края! На ее базе располагаются клинические кафедры и обучаются студенты Красноярского государственного медицинского университета.

Профессионализм работников БСМП, компетентность, активная жизненная позиция, управленческий опыт не позволят здравоохранению Красноярска останавливаться на достигнутом и дадут толчок для новых побед в развитии отрасли.

Желаю вам успехов в выполнении своей миссии, требующей большой самоотдачи.

Желаю крепкого здоровья, счастья, успешного осуществления всех планов, добрых дел и начинаний!



С.В. Козаченко,
директор Территориального фонда ОМС
Красноярского края

Уважаемые коллеги!

Сердечно поздравляю вас с Днем медицинского работника!

Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича – это многопрофильная медицинская организация, где круглосуточно на высоком профессиональном уровне оказывается экстренная и плановая помощь больным и пострадавшим.

Ежегодно сотрудники БСМП спасают тысячи людей, которые обращаются или поступают «по скорой» в приемный покой больницы с тяжелыми травмами или заболеваниями.

Примите искренние слова признательности за ваше милосердие, неравнодушие, за плодотворную работу в области охраны здоровья граждан. Благодаря вашему сплоченному коллективу высококвалифицированных, ответственных, преданных своему делу специалистов оперативно решаются задачи, связанные с повышением доступности, качества и эффективности медицинской помощи, увеличением продолжительности жизни красноярцев.

От всей души желаю вам дальнейших профессиональных успехов, здоровья, семейного счастья, неиссякаемой энергии и оптимизма!

поздравления



А.А. Мелехов,
*руководитель Территориального органа
Росздравнадзора по Красноярскому краю*

*Примите самые искренние
и сердечные поздравления
с Днем медицинского работника!*

Нелегкий труд на благо людей был и есть каждодневный подвиг, достойный преклонения и уважения. Благодаря преданности любимому делу, самоотверженности, профессионализму удастся многое осуществить, не считаясь со временем и делая порой невозможное. Пусть никогда не покидают вас надежды на лучшее будущее и в любом деле сопутствует успех. Крепкого здоровья, благополучия и счастья вам и вашим близким!



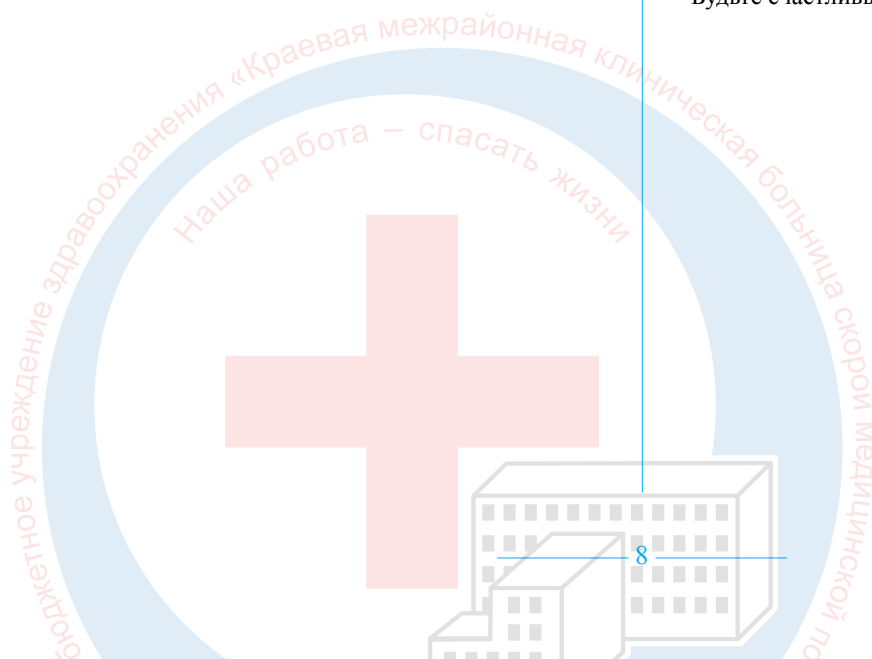
Е.В. Чугуева,
*Председатель Красноярской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ*

Уважаемые коллеги!

Один день в году – самый яркий, самый незабываемый в череде праздников, это профессиональный праздник – День медицинского работника.

Все самые замечательные пожелания льются рекой в ваш адрес, и это правильно! Так как нет ничего важнее вашей профессии, сохраняющей и дарящей жизнь людям! Пусть та признательность, то тепло, которое вы получаете в профессиональный праздник, поддерживают ваш оптимизм, дают силы на будущее и веру в правильности вашего выбора профессии.

Будьте счастливы, здоровы, успешны!



— *содержание* —

	<i>Стр. 2</i> <i>поздравления</i>
	<i>Стр. 11</i> <i>актуальное интервью</i>
РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
	<i>Стр. 13</i> <i>новости</i>
	<i>Стр. 16</i> <i>медицина и бизнес</i>
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	
	<i>Стр. 18</i> <i>наука и практика</i>
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КГБУЗ КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА ПО ДАННЫМ ЗА 5 ЛЕТ	
	<i>Стр. 22</i> <i>наука и практика</i>
КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ	
	<i>Стр. 27</i> <i>наука и практика</i>
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕКЦИИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ	
	<i>Стр. 31</i> <i>наука и практика</i>
ЭКЗАНТЕМНЫЕ МАСКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ	
	<i>Стр. 35</i> <i>наука и практика</i>
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	
	<i>Стр. 38</i> <i>наука и практика</i>
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕ- НИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	
	<i>Стр. 45</i> <i>наука и практика</i>
УЧАСТИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ POPULAR	
	<i>Стр. 46</i> <i>из истории одного отделения</i>
ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ БСМП	
	<i>Стр. 52</i> <i>золотой фонд БСМП</i>
СТАНИСЛАВ ИГНАТЬЕВИЧ СТАРОДУБЦЕВ. «ОН БЫЛ ЧЕЛОВЕКОМ СЛОВА.....»	
	<i>Стр. 55</i> <i>золотой фонд БСМП</i>
БОРИС ЗАХАРОВИЧ КОГАН	
	<i>Стр. 57</i> <i>от всей души</i>
СО ВСЕМИ НЕВЗГОДАМИ МЫ СПРАВИМСЯ	
	<i>Стр. 59</i> <i>случай из практики</i>
«НАШИ ЛУЧШИЕ ВКЛАДЫ - ЭТО НАША ПАМЯТЬ»	

Корпоративное,
научно-практическое,
профессиональное
медицинское издание.
Адрес редакции:
6600262, г. Красноярск,
ул Курчатова, 17,
тел. (391) 246-94-33,
www.bsmp.sibmedport.ru

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

Главный редактор:
Коган Аркадий Борисович
(главный врач).
Телефон доверия:
(391) 246-94-23
(круглосуточно).

Допечатная подготовка:
Творческое объединение «Слово»
г. Красноярск, ул. Телевизорная,
стр.9 оф.603/1
тел.(391)240-14-88

печать:
ООО «Ситалл»
660074, г. Красноярск,
ул. Борисова, 14
Тираж 999 экз. Июнь 2015 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.
Мнение редакции может
несовпадать с мнением
авторов материалов.

редакторская коллегия



Главный редактор:

Коган А.Б.
Главный врач



Грицан Г.В.
Заведующая
отделением
реанимации
и интенсивной
терапии №2,
д.м.н., доцент



Маслов С.Г.
Заместитель главного
врача по хирургии



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



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



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



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



Любченко А.А.
Заместитель главного
врача по медицинской
части для работы
по ГО и МР,
к.м.н., доцент



Юрикова И.Г.
Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

— актуальное интервью —

РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Любченко А.А.
*Заместитель главного врача
по медицинской части
для работы по ГО и МР –
Руководитель сосудистого центра.
к.м.н. доцент.*

*Андрей Андреевич, расскажите, пожалуйста,
о Сосудистом центре БСМП.*

Сердечно-сосудистая патология является одной из наиболее важных и сложных проблем современного здравоохранения. Высокие показатели смертности от этого заболевания вызвали необходимость совершенствования организации медицинской помощи населению. Для решения этой задачи и в соответствии с приказами министерств здравоохранения РФ, Красноярского края и Главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска в больнице 12 декабря 2011 года был организован Первичный сосудистый центр на базе отделений кардиологии и неврологии. Центр является структурным подразделением больницы, координирующим работу всех отделений и служб, участвующих в лечении больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Основными задачами центра являются оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, больным с острым коронарным синдромом (ОКС) и острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК); отбор и транспортировка больных в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии и Региональный сосудистый центр для проведения хирургических операций (коронарное шунтирование с искусственным кровообращением, эпикардальная радиочастотная абляция устьев легочных вен, протезирование клапанов сердца, вживление кардиостимуляторов и кардиовертеров дефибрилляторов и др.); направление больных для реабилитации после перенесенного ОКС или ОНМК в соответствующие лечебно-профилактические и санаторно-курортные учреждения; эпидемиологиче-

С февраля 2015 года в больнице открыто два новых реанимационных отделения, каждое на 12 коек, основное направление работы которых связано с лечением больных с острыми нарушениями кровообращения, нейротравмой, острым коронарным синдромом.

— актуальное интервью —

ский мониторинг; консультативная и организационно-методическая помощь.

После открытия в составе центра работали отделения нейрохирургии, сосудистой хирургии, 12 реанимационных коек (БРИТы отделений неврологии и кардиологии), отделение функциональной диагностики, клинично-диагностическая лаборатория, кабинеты рентгенхирургических методов диагностики и лечения и компьютерной томографии.

В рамках Программы модернизации системы здравоохранения Красноярского края в 2011-2013 гг. проведена серьезная работа по внедрению новых технологий, повышению качества оказания медицинской помощи и уровня подготовки медицинских кадров, укрепления материально-технической базы. С февраля 2015 года в больнице открыто два новых реанимационных отделения, каждое на 12 коек, основное

Динамика работы сосудистого центра: в 2012 году было проведено всего 596 коронарографий (КАГ) и 138-ми пациентам установлены стенты в коронарные артерии, а по итогам 2014 года выполнено уже 1315 КАГ и 358-ми пациентам установлены стенты. Всего в 2014 году проведено более 1700 чрескожных вмешательств (КАГ, ангиографии и стентирование артерий конечностей, таза и почек; ангиография артерий мозга с исследованием коллатерального кровотока, ангиопульмонографии, шунтографии). Успешно проводятся биопсии из желчных протоков, чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков, эндопротезирование желчных путей, трансюгулярное порто-системное анастомозирование, эмболизация аневризм головного мозга и артерий матки.

На регулярной основе по показаниям проводится системный и селективный тромболизис больным с ОНМК.

В 2015 году перед всем здравоохранением Президентом РФ В.В. Путиным поставлены новые задачи в рамках «Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

направление работы которых связано с лечением больных с острыми нарушениями кровообращения, нейротравмой, острым коронарным синдромом. В настоящее время в составе Первичного сосудистого центра работают полноценные отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения (две рентгеноперационные), лучевой диагностики №1 (компьютерная и магнитно-резонансная томография) и ультразвуковой диагностики.

Проводимая многолетняя системная работа совместно с Министерством здравоохранения Красноярского края и Региональным сосудистым центром позволила добиться ощутимых реальных результатов в исполнении поставленных Министерством здравоохранения РФ задач.

В первый год работы Центра все диагностические и лечебные мероприятия проводились в дневное рабочее время, затем последовательно наращивались объемы оказания помощи, расширялась зона ответственности Центра, и сейчас, уже в привычном режиме, мы оказываем круглосуточно семь дней в неделю, 365 дней в году специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь больным с острым коронарным синдромом.

Работа Первичного центра осуществляется согласно существующим стандартам, алгоритмам и протоколам, схемам маршрутизации больных с соблюдением нормированных временных интервалов. Отмечается положительный тренд по снижению летальности у больных с ОНМК и ОКС.

Каковы ближайшие планы?

В 2015 году перед всем здравоохранением президентом РФ В.В. Путиным поставлены новые задачи в рамках «Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Конкретные задачи поставлены и руководством Красноярского края, министерством здравоохранения Красноярского края перед нашим Первичным сосудистым центром. Задачи серьезные, требующие еще более качественной, более нарядной ежедневной работы всего персонала БСМП. Определены целевые показатели летальности, которые мы обязаны достичь по итогам года.

Мы знаем, в каком направлении работать, и уверены, что все у нас получится и мы поможем сохранить здоровье и жизнь многим нашим пациентам!

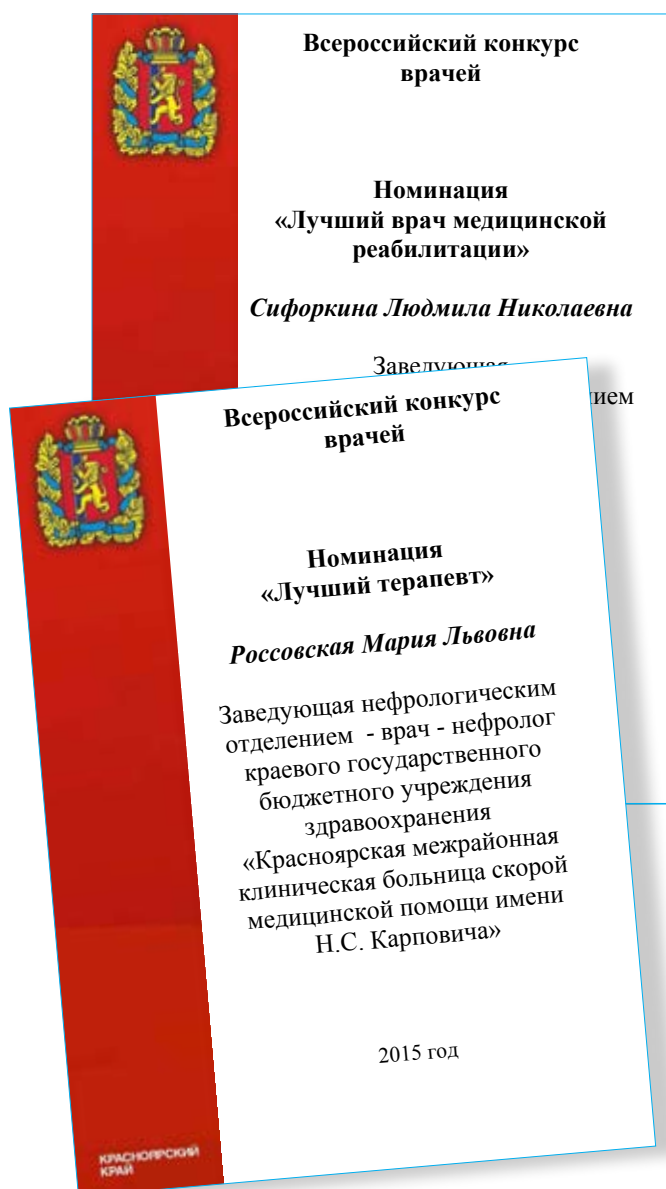
новости

НАШИ ПОБЕДЫ

17 апреля были подведены итоги второго этапа всероссийских и краевых конкурсов врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Наши врачи одержали победу в двух номинациях.

Победителем второго этапа Всероссийского конкурса врачей в номинации «Лучший врач медицинской реабилитации» признана Сифоркина Людмила Николаевна, заведующая физиотерапевтическим отделением КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

Победителем второго этапа Всероссийского конкурса и победителем краевого конкурса врачей в номинации «Лучший терапевт» признана Россовская Мария Львовна, заведующая нефрологическим отделением КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».



За активное участие и победу в конкурсах главным врачом принято решение о материальном поощрении победителей.

23 и 24 апреля в Красноярске проходила III Всероссийская студенческая межвузовская олимпиада по педиатрии «Неотложная педиатрия».

В олимпиаде принимали участие 4 команды: ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗРФ, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗРФ, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия».



Команда Credo (КрасГМУ) заняла первое место. Доцент, д.м.н. Ростовцев С.И. обучал нашу команду базовой сердечно-легочной реанимации.

В течение 10 лет европейское общество анестезиологов-реаниматологов ежегодно проводит европейский конгресс «Евроанестезия».

В 2014 году на съезде Федерации анестезиологов-реаниматологов России врач анестезиолог-реаниматолог КМКБСМП им. Н.С. Карповича О.Ю. Корольков выступил с докладом и занял 1 место, за

новости



что был награжден поездкой в Германию, на конгресс «Евроанестезия-2015».

Под руководством сотрудников КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. КАРПОВИЧА» на базе нашей больницы студентами ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» выполнены исследовательские работы, победившие более чем среди двухсот работ на нескольких этапах одного из самых престижных студенческих конкурсов – им. проф. И.И. Гительзона. Их авторы ставшие дипломантами Итоговой студенческой научно-исследовательской конференции.

1. Секция «Хирургия»

И.В. Языков, В.В. Кайрыш, Г.Т. Микаиллы.

Руководители:

Здзитовецкий Д. Э., д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского, врач эксперт-хирург отдела контроля качества медицинской помощи.

Борисов Р.Н., к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского, врач эксперт-хирург отдела контроля качества медицинской помощи. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. КАРПОВИЧА»

2. Секция «Морфология»

М.А. Дятлова.

Руководители:

Тутынин К.В., врач травматолог-ортопед I I травматологического отделения.

Горбунов Н.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Поздравляем! Желаем дальнейших успехов и развития научно-практических направлений в нашей больнице.

12 МАЯ – МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ!

В этом году, впрочем, как и всегда, в больнице отметили Международный день медицинской сестры.

Стало уже доброй традицией проводить этот праздник торжественно и ярко – за все годы мы ни разу не повторились. В этом году Советом медицинских сестер принято решение организовать конкурс под девизом «Назад в СССР!», идея всем очень понравилась. Отделения начали свою подготовку задолго до назначенной даты. Кто-то не выдержал и сошел с дистанции.

В итоге к началу мероприятия подготовились четыре команды:

- Операционный блок
- Отделение анестезиологии и реанимации
- Урологическое отделение
- Отделение реанимации №1

Перед началом конкурса лучшим специалистам среднего звена были вручены Благодарственные письма и Почетные грамоты. Выступления команд участников были фееричными, с размахом, с чувством юмора и, конечно же, с капелькой ностальгии. В составах команд принимали участие не только специалисты среднего звена, но и врачебный состав. Вместе мы один большой и дружный коллектив больницы скорой медицинской помощи. Зал был полон зрителей. Жюри было нелегко выбрать лучшего, поэтому принятое решение порадовало всех. Призовой фонд разделили между участниками в равных долях.

Спасибо организаторам и участникам за подаренное всем нам хорошее весеннее настроение!



ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ

8 и 9 июня в Кемерово на базе ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» проводился обучающий курс «Командный подход в лечении пациентов с острым коронарным синдромом». Координаторами курса были проф. В.И. Ганюков, В.В. Кatalап, Р.С. Тарасов. В ходе семинара обсуждены актуальные проблемы современной стратегии эндоваскулярного лечения ОКС, разобраны клинические случаи и проведено интерактивное обсуждение после работы в приемном отделении и R- операционной.

В семинаре приняли участие сотрудники КМКБСМП им. Н.С. Карповича: заведующий отделением рентгенохирургических методов лечения А.Л. Кузнецов, заведующий кардиологическим отделением Е.А. Светлов и заведующий отделением анестезиологии-реанимации И.Б. Червяков.

Полученные участниками обучающего курса знания и навыки помогут в дальнейшей комплексной работе по улучшению качества оказания медицинской помощи больным с ОКС.

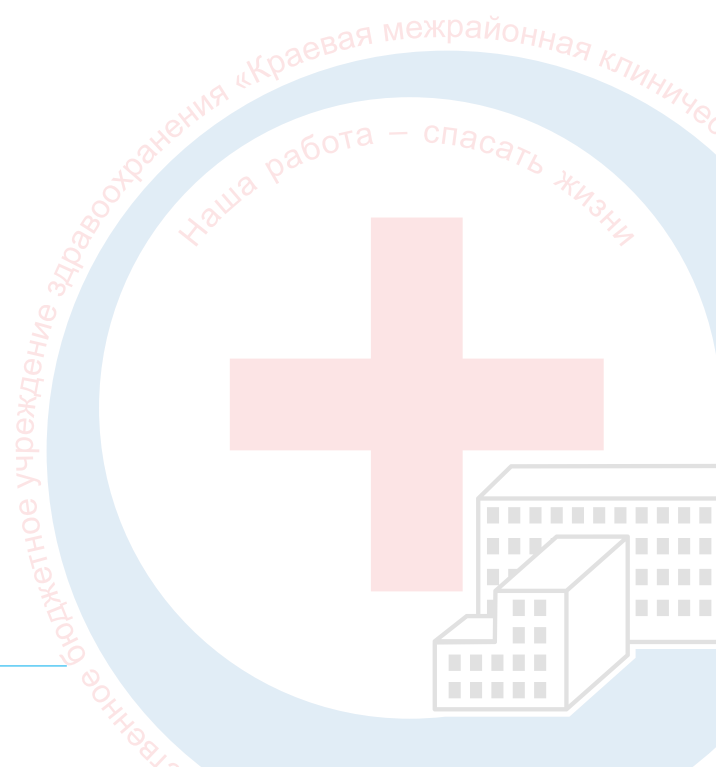
ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

29 мая в актовом зале КМКБСМП им. Н.С. Карповича состоялась X Юбилейная научно-практическая конференция «Скорая медицинская помощь Красноярского края».

Главный внештатный специалист министерства здравоохранения Красноярского края проф. А.А. Попов охарактеризовал организацию работы службы скорой медицинской помощи Красноярского края, обозначил пути оптимизации и перспективы развития службы.

С докладами о взаимодействии работы службы скорой медицинской помощи с Первичным сосудистым центром и Травмоцентром I уровня, входящих в структуру КМКБСМП, выступили доц. Любченко А.А. и Тутынин К.В.

В ходе пленарных заседаний участники конференции проф. Попова Е.А., Барышников К.А., к.м.н. Шиканков В.А.(Томск), Романенко А.М. поделились опытом работы и применения современных лечебных и диагностических средств на догоспитальном этапе.



ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ



Вячеслав Парно,
директор по развитию
ООО «МедСинтез»

Как Вы оцениваете рынок лабораторной диагностики в Красноярском крае?

Ни для кого не секрет, что современная медицина невозможна без качественной диагностики, именно поэтому лабораторная диагностика в настоящее время приобретает все большее значение в постановке конечного диагноза пациенту.

Что касается рынка Красноярского края, объем его относительно невелик, в сравнении с регионами европейской части России. Во многом это обусловлено большим числом коммерческих лабораторий. На данный момент в Красноярском крае представлено около 3–4 коммерческих лабораторий, но нужно отметить, что их инфраструктура и логистика оставляют желать лучшего.

Что же касается бюджетных учреждений, то здесь большой вклад был произведен за счет программ модернизации и программ по оснащению перинатальных и онкологических центров. Это позволило учреждениям получить для себя высокопроизводительное, высокотехнологичное оборудование, на котором они могут предоставлять достаточно высокий уровень тестов.

Как Вы считаете, каковы основные перспективы развития рынка лабораторной диагностики края?

В настоящее время почти во всех регионах Российской Федерации на различных уровнях от заведующих лабораторий до администраций обсуждаются проекты создания централизованных лабораторий.

Основная цель централизации лабораторных исследований – это повышение качества оказания медицинской помощи за счет использования автоматизированных высокоинформативных лабораторных, а также логистических и организационных технологий.

Централизованная лаборатория – это то место, куда будет стекаться поток тестов и исследований из учреждений, в которых пока нет возможности предоставить высокий уровень лабораторных исследований.

Создание такой лаборатории возможно при взаимодействии представителей органов здравоохранения, инвесторов, специалистов в области лабораторной диагностики, представителей компаний-производителей оборудования и ИТ-решений. Все это приведет к увеличению клинической значимости результатов ана-

— медицина и бизнес —

лизов, уменьшению сроков их выполнения, снижению себестоимости исследований.

В этом вопросе MEDSINTES сотрудничает с направлением автоматизации компании SIEMENS. Наши сотрудники регулярно проходят обучение по продукции, что позволяет им предлагать наиболее эффективные решения для пользователей.

Почему в этом направлении Вы работаете именно с компанией SIEMENS?

Концерн SIEMENS является глобальным технологическим лидером в области комплексных решений для лабораторной диагностики, на долю которого приходится 1/3 мирового рынка решений для автоматизации, в количественном выражении эквивалентно более 1200 трековых систем автоматизации. В портфолио концерна есть решения для автоматизации лабораторных исследований, объединяющие биохимические, иммунохимические, гематологические и коагулологические исследования в рамках одной трековой платформы с управлением при помощи middleware, решения для экспресс-лаборатории (анализаторы мочи и газов крови, интегрированные биохимические анализаторы), специализированные решения для микробиологии и молекулярной диагностики.

Какое место на рынке лабораторного оборудования занимает компания MEDSINTES?

С 2008 года MEDSINTES работает на рынке медицинского оборудования и расходных материалов, а с 2011 года активно развивает направление лабораторной диагностики, пройдя авторизацию с компанией Biogad, которая является одним из мировых лидеров лабораторной диагностики, в частности в продукции для определения групп крови, тест-систем и контроля качества. В этом году произошло знаковое событие – компания MEDSINTES подписала контракт с мировым флагманом в области лабораторной диагностики – компанией SIEMENS.

На данный момент MEDSINTES является единственным авторизованным партнером компании SIEMENS за Уралом и одним из девяти в России. Мы считаем, что такое сотрудничество принесет существенный вклад в развитие рынка лабораторной диагностики в Красноярском крае.

Помимо мировых лидеров, компания сотрудничает с рядом отечественных производителей, которые предлагают высококачественные изделия для лабораторной диагностики, таким образом, компания старается использовать индивидуальный подход в работе и предлагать наиболее эффективные решения для каждой конкретной лаборатории.

И главное, стоит отметить, что наличие прямых кон-

тактов дает возможность компании избежать промежуточных субдистрибьюторов, что позволяет предлагать продукцию по наиболее оптимальным ценам на рынке.

Какие основные принципы работы компании MEDSINTES?

На данный момент на рынке существует много компаний, которые готовы продать продукцию для лабораторной диагностики, но в большинстве случаев структура этих компаний не готова предоставить качественное сопровождение на всех этапах процесса – продажа, ввод в эксплуатацию и сервисное обслуживание, а в современной лабораторной диагностике каждый из этапов имеет очень большое значение, она требует постоянной поддержки, которую всегда готова оказать компания MEDSINTES.

К основным принципам работы компании стоит отнести:

- **Наличие комплексных решений.** Просто установка нового оборудования не позволит в полной мере решить задачи увеличения объема лабораторных исследований и увеличения скорости выполнения исследований. В рамках задач по выполнению планируемого объема исследований централизованная лаборатория должна оснащаться полностью автоматизированным комплексом, обеспечивающим выполнение большинства типов исследований в рамках одной платформы.
- **Надежность.** Репутация и наличие опыта в реализации таких проектов обуславливает надежность поставщика решений. Это означает соответствие всем глобальным стандартам и практикам.
- **Организация обучения для пользователей.**
- **Наличие полноценного высококвалифицированного штата специалистов по направлениям:**
 - * Специалисты по продукции обеспечивают профессиональную поддержку по вопросам технологических особенностей продукции;
 - * Специалисты по внедрению (менеджмент проекта) обеспечивают координацию процесса от документооборота до внедрения и запуска в работу.

MEDSINTES
group

г. Красноярск,
ул. Весны, д. 3, оф. 230,
тел.: +(391)226-64-16,
medsintes@medsintes.ru
WWW.MEDSINTES.RU



ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА» ПО ДАННЫМ ЗА 5 ЛЕТ



Р.Н. Борисов

АВТОРЫ

**Р.Н. Борисов^{1,2},
Д.Э. Зdziтовецкий^{1,2},
Е.А. Барон¹**

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Проблема острого панкреатита (ОП) является одной из актуальнейших в экстренной хирургии. В Российской Федерации отмечается неуклонный рост заболеваемости ОП, на сегодняшний день она составляет 38 случаев на 100 тыс. населения.[3] Больные ОП составляют 5-13% от общего числа пациентов хирургического профиля, из которых у 5-16% развиваются гнойно-некротические поражения. Летальность при деструктивных формах ОП остается высокой, достигая 30%, а при тяжелом ОП – 70-80%; среди выживших стойкая инвалидизация достигает до 40-50%. [2,4,6]

Эволюция лечебной тактики при ОП включает в себя 3 периода:

* 1889-1938 гг. – безоговорочно хирургический подход к лечению;

* 1939-1963 гг. – преимущественно консервативный подход;

* с 1964 г. – консервативно-хирургический подход: хирургические вмешательства в ранние сроки при билиарном остром панкреатите, а в случаях иной этиологии – лишь при неэффективности интенсивной терапии (как правило, не ранее 3-5 суток от начала заболевания) и при гнойных осложнениях.

Однако эта тактика не привела к существенному снижению летальности при тяжелом ОП, что дает право считать проблему его лечения «по-прежнему нерешенной и находящейся в точке зстоя».

Таблица 1
Структура острой хирургической патологии в КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

Заболевание (МКБ-10)	Количество пролеченных больных				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Острый аппендицит (K35)	586	631	646	689	669
Острые заболевания желчного пузыря и желчных протоков (K80-K83)	740	810	771	779	790
Острый панкреатит (K85)	864	1083	867	833	989

— наука и практика —

По данным КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича, за 5 лет ОП занимает первое место в структуре острой абдоминальной хирургической патологии (табл. 1); каждый год на лечении находится около 900-1000 больных ОП. За анализируемый период (2010-2014 гг.) на лечении находились 4636 больных ОП, из которых мужчин было 1962 (42,3%), женщин – 2674 (57,7%), из общего числа пациентов в возрасте до 60 лет – 3016 (65,1%).

При диагностике ОП учитываются следующие показатели [1, 5]:

- Типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли «опоясывающего характера», неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.).

- УЗИ-признаки: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости.

- Лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия).

- Высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2-3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе или лапароскопии.

- Лапароскопические признаки ОП.

Для определения тяжести ОП используются [2]:

- Шкала СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.

- Шкала тяжести панкреатита по Ranson.

- КТ степень поражения по Balthazar.

- APACHE-III, SAPS-II.

- Шкалы полиорганной дисфункции MODS, SOFA.

- С-реактивный белок (маркер панкреонекроза).

- Уровень прокальцитонина (маркер инфицирования).

Диагностику гнойных осложнений тяжелого ОП проводим по следующим критериям:

- Клинико-лабораторные проявления гнойного очага: прогрессирование клинико-лабораторных показателей ССВО; высокие показатели островоспалительных маркеров (С-реактивного белка и прокальцитонина); ухудшение состояния больного по системам SAPS-II, APACHE-III, SOFA.

- Инструментальные критерии нагноения: КТ-признаки (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований в очаге панкреатогенной деструкции и/или наличие пузырьков газа) (рис. 1).

Рисунок 1.

КТ брюшной полости: деструкция в области тела и хвоста поджелудочной железы, инфильтрат в области поджелудочной железы.



Протокол инструментальной диагностики ОП включает в себя:

- ЭКГ.

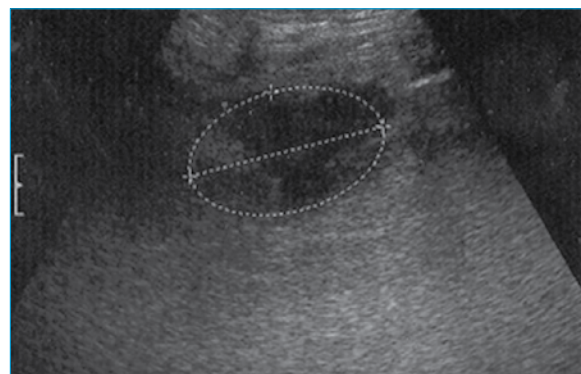
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (рис. 2).

- ФГДС (с осмотром БДС).

- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Рисунок 2.

УЗИ-признаки острого панкреатита: формирование коллекторов жидкости в поджелудочной железе.



— наука и практика —

Консервативное лечение нетяжелого ОП проводим по согласованному с министерством здравоохранения Красноярского края протоколу (2012 г.), который включает в себя:

- Голод.
- Аналоги соматостатина (октреотид).
- Анальгетики.
- Спазмолитики.
- Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела больного с форсированием диуреза в течение 24-48 ч.

Оперативная активность при ОП (табл. 2) не превышает 7%, однако в последние годы отмечается тенденция к ее снижению (4,9% в 2014 г.).

Таблица 2
Оперативная активность
при остром панкреатите
в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
53/1083	4,9	61/867	7,0	45/833	5,4	48/989	4,9

Хирургическая тактика в фазу токсемии:

- Видеолапароскопия.
- Чрескожная пункция или дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства.
- Декомпрессия билиарного тракта под контролем УЗИ или ЭПСТ.

При этом важным в лечебной тактике считаем то, что открытые «традиционные» хирургические вмешательства (лапаротомия или люмботомия) в фазу токсемии при тяжелом панкреатите категорически противопоказаны [2].

Показания к лапароскопии при ОП:

- Перитонеальный синдром, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости.
- Необходимость дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Основные задачи лапароскопии при ОП:

Диагностические:

- Подтверждение диагноза ОП (и, соответственно, исключение других острых хирургических заболеваний брюшной полости).
- Выявление признаков тяжелого панкреатита.

Лечебные:

- Удаление перитонеального экссудата.
- Дренирование брюшной полости.
- Чрескожная чреспеченочная лапароскопическая микрохолецистостомия при остром холецистите или признаках билиарной гипертензии.

Декомпрессия желчевыводящих путей:

- ЭПСТ без ЭРХПГ – при диагностированном резидуальном или рецидивном холедохолитиазе, при холедохолитиазе на фоне хронического калькулезного холецистита, при остром обтурационном холангите, папиллите или папиллостенозе.

- Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия или холангиостомия – при невозможности проведения ЭПСТ (технические ограничения – резекция желудка, гастрэктомия, анатомические особенности зоны БДС, сопутствующий острый обтурационный холецистит).

Лечение в период гнойных деструктивных осложнений:

- При развитии гнойных осложнений показано срочное хирургическое вмешательство – открытые «традиционные» – дренирующие и санирующие вмешательства. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной.
- Чрескожное дренирование под контролем УЗИ ограниченных гнойных жидкостных образований (жидкостные скопления, панкреатический абсцесс, инфицированная псевдокиста).

- Контроль за эффективностью дренирования проводится с помощью фистулографии, УЗИ и КТ каждые 7-10 дней. Неэффективность дренирования или появление новых гнойных очагов служит показанием к повторной операции с дополнительной некрэктомией и дренированием.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению лапароскопических операций (табл. 3) относительно открытых.

— наука и практика —

Таблица 3
Соотношение лапароскопических и открытых операций при остром панкреатите в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Операции	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Только лапароскопические	6	30,0	21	42,0	27	50,0	18	47,4	21	43,8
Только «открытые»	14	70,0	29	58,0	27	50,0	20	52,6	27	56,2

Таблица 4
Структура летальности при остром панкреатите в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Летальность	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общая	24/864	2,8	26/1083	2,4	20/867	2,3	11/833	1,3	26/989	2,6
Послеоперационная	13/34	38,2	14/53	26,4	12/61	19,7	8/45	17,8	19/64	29,7
После «открытых» операций	13/27	48,1	13/31	41,9	11/34	32,4	8/25	32,0	14/31	45,2
При гнойных осложнениях	8/11	72,7	5/5	100	8/14	57,1	6/9	66,7	6/11	54,5

Наиболее важный показатель результатов лечения ОП – летальность – представлен в таблице 4. Прежде всего обращает на себя внимание значимое ($p=0,042$) снижение уровня послеоперационной летальности в период с 2010 по 2013 гг. с 38,2% до 17,8%. При этом некоторое повышение послеоперационной летальности до 29,7% в 2014 г. не имеет статистической значимости ($p=0,156$).

Таким образом, внедрение в клиническую практику лечебно-диагностического алгоритма при ОП позволило улучшить результаты лечения больных с ОП в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Б.А. Комплексное лечение острого панкреатита / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 63-66.
2. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // Consilium-medicum. – 2000. – № 2(7). – С. 293-298.
3. Фирсова В.Г. Острый панкреатит: современные подходы к консервативному лечению / В.Г. Фирсова, В.В. Паришков // Вестн. эксперим. и клинич. хирургии. – 2012. – № 2(5). – С. 323-326.
4. Этапность оказания хирургической помощи при остром деструктивном панкреатите / Э.Х. Байчоров, Р.З. Макушкин, Р.Р. Байрамуков, А.В. Оганесян // Вестн. эксперим. и клинич. хирургии. – 2010. – № 4(3). – С. 479-486.
5. Banks, P.A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P.A. Banks // Postgrad. Med. J. – 1997. – № 71. – P. 472-475.
6. Surgical treatment of infected necrosis / B. Rau, W. Uhl, M.W. Buchler, H.J. Beger // World J. Surg. – 1997. – № 21. – P. 155-161.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ



Макаренко Т.А.

АВТОРЫ

**Макаренко Т.А.¹, Сарап П.В.²,
Даташвили С.С.², Ульянова И.О.¹**

1. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

2. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Введение. В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимают гнойные поражения маточных труб и яичников, на долю которых приходится от 4 до 10% [6, 7]. Патологический процесс при этом протекает с тяжелыми осложнениями и выраженными полиорганными изменениями [6, 11].

Высокая частота гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (далее – ГВЗПМ) в настоящее время объясняется в первую очередь значительным уровнем сексуально-трансмиссивных заболеваний, важная этиологическая роль которых в генезе инфекционно-воспалительной патологии генитальной сферы бесспорна [3]. Кроме того, одной из основных причин и предрасполагающих факторов риска развития ГВЗПМ является использование внутриматочной контрацепции (ВМК). При этом применение ВМК увеличивает степень риска возникновения воспалительных заболеваний придатков матки в 3-9 раз [6]. В литературе имеются многочисленные сообщения о развитии воспалительных процессов матки и ее придатков, формировании tuboовариальных абсцессов, развитии тяжелых форм тазовой инфекции, в том числе и сепсиса, на фоне ВМК. Авторы отмечают, что особенностью гнойного процесса в малом тазу у больных с ВМК является бурное клиническое течение, высокая степень интоксикации и раннее формирование свищей [3, 6, 7].

Однако до настоящего времени не найден однозначный ответ на вопрос: «А что же является причиной столь неблагоприятного течения воспалительного процесса в придатках матки, развившегося на фоне ВМК?» Не решены вопросы зависимости развития осложненного течения ГВЗПМ от состояния иммунитета. Значительные трудности представляет выбор рациональной этиотропной и патогенетической терапии, поскольку применение новых медикаментозных препаратов не ведет к снижению частоты этих заболеваний [3, 6].

Целью настоящей работы было изучение особенностей клинического течения и иммунного статуса у больных с ГВЗПМ, развившихся на фоне ВМК и без таковой.

науча и практика

Пациенты и методы. На базе гинекологического отделения Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича было проведено обследование и лечение 109 больных с осложненными формами ГВЗПМ за 2009-2011 годы. Учитывая возможные различные этиологические и патогенетические механизмы развития заболевания, все пациентки были разделены на две группы сравнения: группа А – 43 (39,4 %) пациентки, у которых заболевание развилось на фоне применения ВМК. В группу В включено 66 (60,6%) пациенток с ГВЗПМ, развившимися без применения ВМК. Средний возраст пациенток составил $36,72 \pm 1,12$ года. Длительность использования ВМК у пациенток группы А – от 1 до 15 лет (в среднем $7,17 \pm 0,75$ года).

Изучались показатели периферической крови: количество лейкоцитов (L, $\times 10^9/\text{л}$), абсолютное количество лимфоцитов (АКЛ) в мкл; показатели лейкоцитарных индексов интоксикации (ЛИИ): по Я.Я. Кальф-Калифу (ЛИИ_{КК}), по В.К. Островскому (ЛИИ_{ОС}), по С.Ф. Химич в модификации А.Л. Костюченко с соавт. (ЛИИ_Х) [5].

Производили расчет индекса стресса (ИС) – соотношение процентного содержания лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов в мазке периферической крови, отражающее глубину и стадию стрессовой реакции организма по Л.Х. Гаркави и соавт. (1987), а также подсчет числа признаков напряженности (ЧПН) адаптационных реакций организма по Л.Х. Гаркави [1].

Исследование иммунного статуса в динамике заболевания проводилось в соответствии с общепринятыми рекомендациями [8, 12]. Учитывая циркадные суточные ритмы клеточных популяций, для оценки иммунного статуса использовали лишь результаты утренних исследований [9, 15].

Фенотип лимфоцитов обследуемых лиц оценивался методом непрямой флуоресценции с мышиными моноклональными антителами, производимыми ЗАО «Сорбент» (Москва, Россия), на

люминесцентном микроскопе «Люмам И-1». На лимфоцитах определялось наличие молекул различных CD-молекул: CD3, CD4, CD8. В расчетах использовали значения абсолютного числа клеток в мкл крови, экспрессирующих CD3-, CD4-, CD8-, CD16-, CD20-, CD25-, CD38-, CD95-рецепторы. Экспрессия CD16-молекул оценена также на мембранах нейтрофилов. Дополнительно использованы отношения CD38/CD95, CD25/CD38, CD25/CD95, абсолютного числа CD3-клеток к абсолютному числу лейкоцитов.

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определялась методом иммунопреципитации в агаровом геле [14]. В работе использовали набор моноспецифичных сывороток к IgG, IgA, IgM и стандартные сыворотки производства НИИ-ЭМ (Нижний Новгород, Россия).

Забор крови для проведения всех параметров исследования производили в первые сутки поступления больных в стационар перед оперативным вмешательством.

Статистическая обработка результатов производилась с использованием общепринятых в биологии и медицине методов анализа данных [2]. Расчеты выполнены на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Statistica for Windows 6.0. В качестве основных статистических параметров учитывали среднее арифметическое значение величин (М) и их стандартную ошибку (m). Нулевая гипотеза проверялась сопоставлением экспериментального и критического значений U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни и F-критерия Фишера. За достоверные различия принимали вероятность нулевой гипотезы $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного клинического, лабораторного и эхографического обследования лишь у 12 (11,0% $\pm$ 3,0%) больных был диагностирован гнойный сальпингит. Во всех остальных случаях наблюдались следующие осложненные формы ГВЗПМ: одно- и двусторонние пиосальпинксы – в

Таблица 1
Структура нозологических форм ГВЗПМ у обследованных женщин

Форма ГВЗПМ	Группа А			Группа В			Итого			p1-2
	(n = 43)			(n = 66)						
	абс.	%	±m	абс.	%	±m	абс.	%	±m	
Гнойный сальпингит	3	7,0	3,9	9	13,6	4,2	12	11,0	3,0	p=0,440
Пиосальпинкс	9	20,9	6,2	34	51,5	6,2	43	39,4	4,7	p=0,003
Тубовариаль-ная опухоль	31	72,1	6,8	23	34,8	5,9	54	49,5	4,8	p<0,001
Итого	43	100,0		66	100,0		109	100,0		

науча и практика

43 (39,4%±4,7%), одно- и двусторонние гнойные tuboовариальные опухоли – 54 (49,5%±4,8%). Окончательный диагноз был уточнен после оперативного лечения больных. В своей работе мы пользовались классификацией ГВЗПМ В.И. Краснопольского и соавт. [6].

В группе А значимо чаще диагностировались наиболее тяжелые формы ГВЗПМ – гнойные tuboовариальные образования ($p<0,001$), в то время как в группе В – пиосальпинксы ($p=0,003$) (табл. 1).

У части пациенток течение заболевания осложнилось дальнейшим распространением инфекции (табл. 2). При этом структура осложнений у женщин в группах сравнения имела определенные различия: доля больных с разлитым перитонитом и межкишечными абсцессами в группе А достоверно превышала таковую в группе В ($p=0,04$). В то же время пельвиоперитонит значимо чаще встречался у больных группы В. Таким образом, у пациенток группы А значимо чаще встречались более тяжелые формы ГВЗПМ с вовлечением в гнойный процесс ткани яичника и соседних органов, чаще имела место тенденция к генерализации гнойного процесса с развитием экстрагенитальных гнойных очагов.

Пациентки сравниваемых групп поступали в стационар чаще в состоянии средней степени тяжести и тяжелом; однако состояние пациенток группы А при поступлении значимо чаще расценивалось как тяжелое, в то время как состояние больных группы В – как средней степени тяжести ($p<0,05$).

При оценке степени интоксикации по В.И. Краснопольскому (1999 г.) выявлено, что среди пациенток группы А значимо чаще встречались больные с тяжелым интоксикационным синдромом ($p<0,05$) (табл. 3).

У пациенток обеих групп на момент поступления в стационар имели место лабораторные признаки интоксикации, о чем свидетельствуют значения клеточных показателей периферической крови: высокий уровень лейкоцитоза, ускоренная СОЭ, высокие значения показателей ЛИИкк, ЛИИх, ЛИИос (табл. 4). Значения показателя ИС менее 0,3 свидетельствуют о развитии у пациенток в обеих группах «стадии стресса» по Л.Х. Гаркави, срыве механизмов адаптации.

У пациенток группы А значения ЛИИос, ЛИИх, СОЭ были достоверно выше по сравнению с

Таблица 2
Частота осложнений ГВЗПМ у пациенток в группах сравнения

Осложнения	Группа А			Группа В			Итого			p1-2
	(n = 43)			(n = 66)						
	абс	%	±m	абс	%	±m	абс	%	±m	
Параметрит	2	4,7	3,2	0	0,0	0,0	2	1,8	1,3	p=0,299
Пельвиоперитонит	23	53,5	7,6	47	71,2	5,6	70	64,2	4,6	p=0,04
Абсцесс позадибрюшного пространства	10	23,3	6,4	7	10,6	3,8	17	15,6	3,5	p=0,131
Диффузный перитонит	9	20,9	6,2	11	16,7	4,6	20	18,3	3,7	p=0,757
Разлитой перитонит	8	18,6	5,9	3	4,5	2,6	11	10,1	2,9	p=0,04
Межкишечные абсцессы	8	18,6	5,9	3	4,5	2,6	11	10,1	2,9	p=0,04
Итого	60	100,0		71	100,0		131	100,0		

Таблица 3
Степень тяжести интоксикации у больных с ГВЗПМ

Степень тяжести интоксикации	Группа А			Группа В			Итого			p1-2
	(n = 43)			(n = 66)						
	абс	%	±m	абс	%	±m	абс	%	±m	
Легкая	4	9,3	4,4	12	18,2	4,7	16	14,7	3,4	p=0,316
Средней тяжести	13	30,2	7,0	32	48,5	6,2	45	41,3	4,7	p=0,091
Тяжелая	26	60,5	7,5	22	33,3	5,8	48	44,0	4,8	p=0,010
Итого	43	100,0		66	100,0		109	100,0		

Таблица 4

Показатели интоксикации у пациенток с ГВЗПМ

Показатель	Группа А (n=43)	Группа В (n=66)	p1-2
Лейкоциты, 109/л	18,9±3,2	15,2±2,1	p=0,08
СОЭ, мм/ч	46,8±2,5	38,0±2,0	p=0,006
ЛПНП	8,0±1,2	5,2±0,4	p=0,071
ЛПНПс	7,5±0,9	4,9±0,3	p=0,013
ЛПНПх	25,6±6,9	7,1±0,7	p=1,291*10-5
ИС	0,1±0,01	0,2±0,02	p=0,001

аналогичными показателями пациенток группы В, а ИС – достоверно ниже (табл. 4). Отличий по количеству лейкоцитов в периферической крови у женщин групп исследования нами не выявлено.

При анализе показателей иммунного статуса нами было выявлено, что у пациенток обеих групп доля CD3+ лимфоцитов была относительно низкой в сочетании с высоким уровнем экспрессии CD16 молекул (табл. 5). Это свидетельствует об угнетении адаптивного иммунного ответа и преобладании конституциональных иммунных реакций при ГВЗПМ. Увеличение доли CD25+, CD38+, CD95+ лимфоцитов свидетельствуют о напряженности функционирования иммунной системы у пациенток с ГВЗПМ.

В ходе проведенного исследования выявлен сравнительно низкий уровень экспрессии CD4 и CD20 молекул на лимфоцитах у пациенток группы А (табл. 6). Кроме того, показатели активации иммунного ответа у пациенток этой группы: доля активированных CD38+ лимфоцитов и отношение CD4+/CD8+ были достоверно ниже. При этом доля CD25+ лимфоцитов, несущих рецепторы к интерлейкину-2, и CD95+ лимфоцитов (преапоптотических), а также уровень IgG у женщин группы А были достоверно выше. По-видимому, установленные значимо более высокие показатели IgG и СОЭ являются проявлением длительно текущего хронического воспалительного процесса в области придатков матки на фоне ВМК, предшествовавшего госпитализации.

У пациенток обеих групп отмечено снижение количества лимфоцитов: abs CD3+, abs CD4+, abs CD8+ (табл. 6). Существенное снижение числа CD3+ лимфоцитов свидетельствует о глубоком угнетении клеточного звена иммунной системы и адаптивного иммунитета у пациенток обеих групп и соответствует иммунодефицитному состоянию тяжелой степени по В.А. Земскову (1984) [4].

Причиной лимфопении могут быть интокси-

Таблица 5

Показатели иммунного статуса пациенток с ГВЗПМ

Показатель	Группа А (n=43)	Группа В (n=66)	p1-2
CD3, %	23,1±0,9	25,1±0,7	p=0,079
CD4, %	11,7±0,8	15,1±0,6	p=7,640*10-5
CD8, %	15,4±0,7	15,8±0,6	p=0,823
CD16, %	19,1±1,3	19,7±1,9	p=0,520
CD20, %	15,6±0,5	18,6±0,5	p=7,961*10-4
CD25, %	16,1±0,5	15,4±0,3	p=0,037
CD38, %	12,9±0,7	17,2±0,4	p=4,150*10-10
CD95, %	23,7±0,5	19,1±0,3	p=3,636*10-11
CD4+/CD8+	0,8±0,07	0,9±0,03	p=8,747*10-5
ФИ, %	51,9±2,9	54,5±1,8	p=0,397
ФЧ	7,9±0,3	7,98±0,2	p=0,724
ЦИК, у.е.	46,2±3,6	45,6±2,9	p=0,322
IgA, г/л	2,2±0,1	2,2±0,1	p=0,696
IgG, г/л	14,6±0,6	13,1±0,4	p=0,039
IgM, г/л	2,5±0,9	1,6±0,2	p=0,895

кация и стресс, развившиеся у обследованных пациенток. Один из механизмов возникновения лимфопении при стрессе заключается в активации процессов апоптоза гормонами коры надпочечников [13], об этом свидетельствует высокий уровень экспрессии CD95+ и abs CD95+.

При сравнительном анализе показателей иммунного статуса у пациенток группы А отмечены значимо низкие показатели abs CD4+ и abs CD20+ (табл. 6). Это сочетается с низкими значениями показателя abs CD38+ (активированные лимфоциты) и высоким значением ЧФН.

Таким образом, у женщин с ГВЗПМ выявлены нарушения основных звеньев иммунной системы, что, возможно, приводит к изменениям видового состава микрофлоры в очаге воспаления и способствует некрозу и аутолизу поврежденных тканей. Об этом свидетельствует тенденция к тяжелой деструкции в области придатков матки, сопровождающаяся нарушениями иммунного статуса, которые более выражены у пациенток с ГВЗПМ, развившимися на фоне ВМК. В то же время у пациенток с ГВЗПМ без ВМК угнетение иммунной системы выражено в меньшей степени. Особенности организации иммунного статуса в этой группе свидетельствуют о более интенсивных процессах активации иммунитета. Эти различия лежат в основе предпосылок для более благоприятного

Таблица 6
Абсолютное число иммунокомпетентных клеток
у пациенток с ГВЗПМ

Показатель	Группа А (n=43)	Группа В (n=66)	p1-2
АКЛ, мкл-1	1730,0 ±321,2	1994,1±392,1	p=0,404
abs CD3+, мкл-1	398,3±75,0	423,7±34,6	p=0,157
abs CD4+, мкл-1	223,9±57,5	317,4±75,5	p=0,007
abs CD8+, мкл-1	270,3±49,7	347,7±91,1	p=0,435
abs CD16+, мкл-1	263,4±26,5	861,4±560,5	p=0,520
abs CD20+, мкл-1	256,8±41,5	356,5±66,6	p=0,032
abs CD25+, мкл-1	285,1±47,9	325,1±71,2	p=0,974
abs CD38+, мкл-1	215,1±48,7	316,4±50,8	p=3,021* 10-5
abs CD95+, мкл-1	401,4±68,1	370,4±66,7	p=0,362
ЧФН, мкл-1	6 783,4 ±690,9	5 714,5 ±705,2	p=0,040

течения воспалительного процесса и прогноза заболевания у пациенток с ГВЗПМ, развившихся без применения ВМК.

На основании характера и типа выявленных иммунологических нарушений в комплексную противовоспалительную терапию целесообразно включать иммуностимулирующие препараты. При этом при проведении патогенетически обоснованной комплексной терапии больным с ГВЗПМ необходим дифференцированный подход к выбору компонентов иммуностимулирующей терапии с учетом особенностей иммунологических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов н/Д: Изд-во Ростовского университета, 1990; 222.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. М.: Практика, 1999; 459.
3. Евсеев А.А., Богинская Л.Н., Протопопова Л.В. Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки. Акушерство и гинекология 2003; (2): 32-36.
4. Земсков А.М., Земсков В.М., Сергеев Ю.В. 1000 формул клинической иммунологии. М.: Медицина для всех, 2003; 336.
5. Костюченко А.Л., Бельских А.Н., Тулунов А.Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. СПб.: Фолиант, 2000; 448.
6. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология 2-е изд., доп. М.: МЕДпресс, 2006; 304.
7. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. М.: ОАО Издательство Медицина, 2007; 85-97.
8. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. М.: Наука, 1990; 224.
9. Лозовой В.П. Методологические аспекты современной иммунологии (принципы изучения функций иммунитета в норме и при патологии). Проблемы и перспективы современной иммунологии. Методологический анализ. Новосибирск 1988; 3-14.
10. Смирнова И.В., Занько С.Н. Состояние иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки. Фундаментальные науки и достижения клинической медицины и фармации: Тезисы докладов 58-ой научной сессии ВГМУ. Витебск 2003; 123-124.
11. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина, 1996; 256.
12. Череев А.Н., Ковальчук Л.В. Интерпретация лабораторных показателей при оценке иммунного статуса человека. Лабораторное дело 1991; (2): 6 - 14.
13. Ma T., Han L., Gao Y. et al. The endoplasmic reticulum stress-mediated apoptosis signal pathway is involved in sepsis-induced abnormal lymphocyte apoptosis. Eur. Surg. Res. 2008; 41(2): 219-225.
14. Manchini G., Carbonara A.O., Heremas J.F. Immunochemical quantitation of antigens by single radical immunodiffusion. Immunochemistry 1965; 2 (3): 235-254.
15. Miyawaki T., Taga K., Nagaoki T. et al. Circadian changes of T-lymphocyte subsets in human peripheral blood. Clin. Exp. Immunol. 1984; 55 (3): 618-622.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕКЦИИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ



В.В. Народова

АВТОРЫ

**В.В. Народова^{1,2}, А.А. Народов^{1,2},
В.А. Кувеко¹, М.Н. Позднякова¹,
А.Л. Кузнецов¹, А.В. Ковалев¹,
Е.Е. Ерахтин¹, Д.В. Домрачев¹**

*1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

*2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»*

Диссекция артерий, кровоснабжающих головной мозг, в 25% случаев является причиной развития ишемических инсультов в молодом возрасте(1). Впервые эта патология была описана в середине XX века, а ее возникновение практически всегда считали следствием перенесенной травмы(6).

Более детальное изучение диссекции экстра- и интракраниальных артерий началось с середины 70-х годов XX века в связи с широким применением метода церебральной ангиографии(3).

Патология развивается вследствие продольного надрыва сосудистой стенки с образованием интрамуральной гематомы в зоне интима-медиа. По литературным данным, диссекция чаще наблюдается в экстракраниальных сосудах – 88% (каротидная – 58%, вертебральная – 30%),

и только в 12% она происходит в интракраниальном бассейне(5). Нередко при диссекции экстракраниальных артерий встречаются указания на травму, предшествовавшую развитию клинической картины инсульта. Травматическое расслоение стенки артерии возникает после тупой закрытой или проникающей травмы шеи, общего сотрясения (например, при падении) и чаще всего локализуется экстракраниально(4). Иногда диссекция носит ятрогенный характер. Так, в некоторых клинических наблюдениях встречаются указания на отчетливую связь двусторонней диссекции позвоночных артерий с мануальной терапией на шейном отделе позвоночника(8). Спонтанной диссекции, как правило, предшествует резкое движение головой: ее повороты, наклоны, разгибания, во время которых может возникать компрессия или резкое растяжение сосудистой стенки расположенным рядом костно-связочным аппаратом(4).

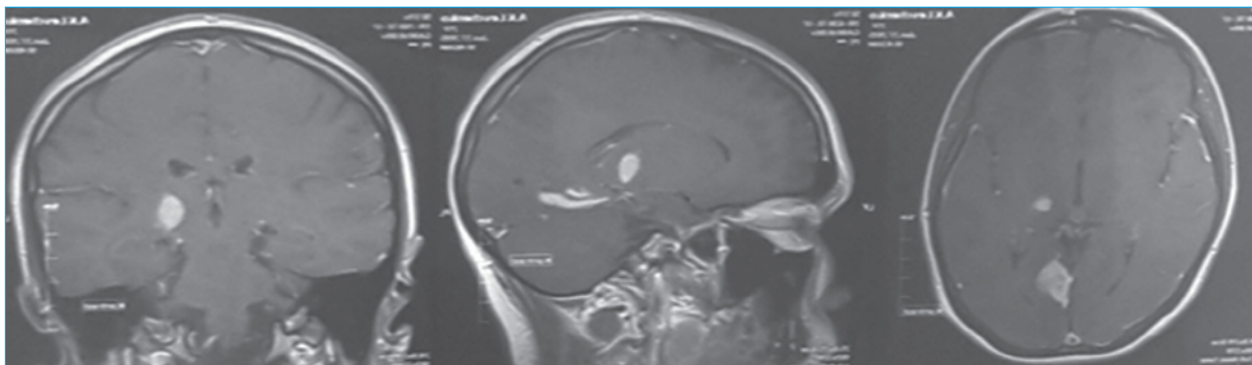
Возникновению спонтанной диссекции иногда предшествует бессимптомная системная патология сосудистой стенки, обусловлена яфибромускулярной дисплазией, наследственным поражением соединительной ткани (синдромы Элерса-Данлоса и Марфана), артериитом, ангиолипоматозом, костной патологией в шейном отделе позвоночника (синдром Клиппеля-Фейля)(2,3). Доказана также взаимосвязь спонтанной множественной диссекции с перенесенной незадолго до этого острой инфекцией (9). Как правило, клинические проявления цервикальной диссекции складываются из повторяющихся транзиторных ишемических атак, инфарктов мозга, субарахноидальных кровоизлияний. Наиболее часто (в 62-84%) при диссекции диагностируется инфаркт мозга (7), причиной развития которого является артериальная эмболия из области повреждения сосуда. Значительно реже имеет место гемодинамический вариант ишемического инсульта (10).

В 2015 году в сосудистом неврологическом отделении КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С.Карповича» г. Красноярск наблюдались двое больных.

Клинический пример № 1: больная Л., 21 год, поступила в отделение нейрореанимации с жалобами на слабость в правых конечностях, онемение в правой половине тела, головокружение, боль в области шеи слева. При детальном опросе выяснилось, что 19 дней назад, в период новогодних праздников, пациентка, катаясь с ледяной горки, получила «незначительную», по ее оценке, травму. Она описала падение, сопровождающееся запрокидыванием головы «назад». Ухудшение наступило без

— наука и практика —

Рис. 1. Больная Л. МРТ головного мозга.



видимых причин, в связи с чем на догоспитальном этапе верификация диагноза была затруднена.

При неврологическом осмотре: сознание ясное, критична, инструкции выполняет. Отмечается резкая болезненность в области задней поверхности шеи слева. Выявляется сглаженность правой носогубной складки, центральный правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов, правосторонняя гемигипестезия по проводниковому типу, признаки динамической мозжечковой атаксии (интенция при пальце-носовой и коленно-пяточных пробах) с обеих сторон. Правосторонняя гомонимная гемианопсия.

На МРТ головного мозга: В медиобазальных отделах левой затылочной доли (в области языковой извилины с распространением в гиппокамп) определяются монотипные зоны цитотоксического отека неправильной формы, локализованные преимущественно в сером веществе мозга, размерами 2,3х7,6х2,3 см. Масс-эффект незначительный в виде сужения субарахноидальных борозд на уровне выявленных изменений. В области таламусов с двух сторон определяются очаги измененного МР-сигнала. При в/в усилении определяется выраженное однородное накопление контраста.

На МРА головного мозга определяется значительное сужение просвета и снижение кровотока (снижение интенсивности МР-сигнала) V4 сегмента правой позвоночной артерии на всем видимом протяжении. Вариант соединения позвоночных артерий – неслияние (правая позвоночная артерия не соединяется с аналогичным сегментом слева, продолжается в заднюю нижнюю мозжечковую артерию; слева – продолжается в основную артерию, равную по диаметру).

На МРА артерий шеи: Определяется выраженное расширение левой позвоночной артерии (ПА) на уровне V2 верхнего края тела C3 позвонка – до 0,7 см, и последующее сужение (менее 0,1-0,2 см) на уровне тела C2 позвонка протяженностью 0,7 см. После сужения сохраняется расширение левой позвоночной артерии до V3 сегмента и на уровне сегмента (картина выра-

женного стеноза левой ПА, выраженной престенотической дилатации в сегменте V2 левой ПА.

Данные нейровизуализации позволили установить диагноз: Ишемический инсульт по типу артериальной тромбоэмболии в бассейне левой задней мозговой артерии с синдромом правостороннего центрального гемипареза, гемигипестезии, правосторонней гомонимной гемианопсии на фоне травматической диссекции левой позвоночной артерии с формированием критического стеноза этой артерии. Вариант развития сосудов Виллизиева круга (гипоплазия V3 сегмента и неслияние правой позвоночной артерии).

Немаловажное значение в развитии инсульта у данной больной играет выявленная на МРА аномалия развития сосудов Виллизиева круга. Так, «пострадавшая» артерия является практически единственным сосудом, из которого формируется весь вертебрально-базиллярный бассейн.

После консультации сосудистого хирурга пациентке было предложено проведение церебральной ангиографии с последующим решением вопроса об

Рис. 2. Больная Л. МРА артерий шеи.

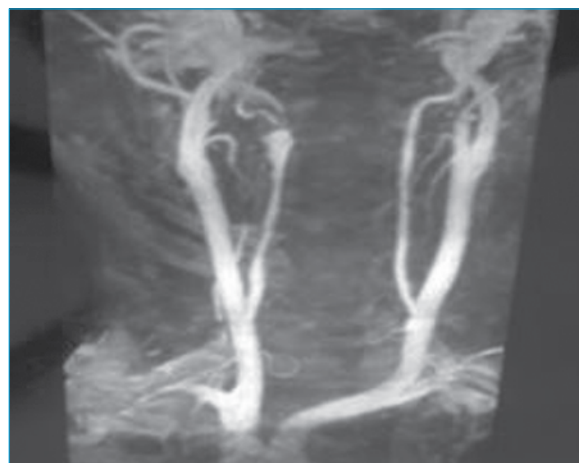


Рис. 3. Больная Л. Ангиография левой позвоночной артерии исходная.

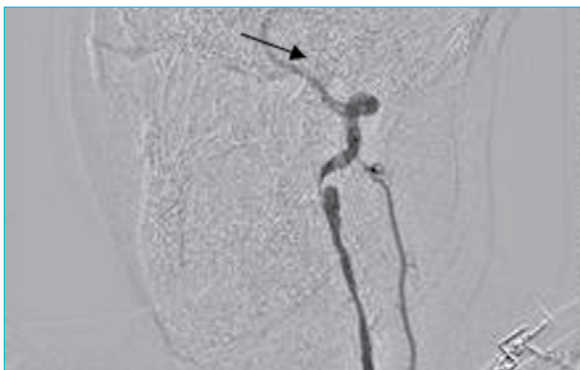
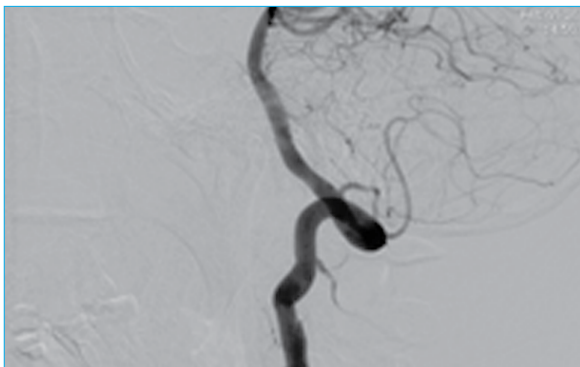


Рис. 4. Больная Л. Ангиография левой позвоночной артерии после операции.



эндоваскулярном лечении стеноза левой позвоночной артерии.

Проведенное эндоваскулярное контрастное исследование подтвердило стеноз V2 сегмента левой позвоночной артерии 70% с постаневризматическим расширением (диссекция) и постаневризматическим критическим стенозом V3 сегмента. Ангиографическими признаками диссекции левой позвоночной артерии у данной больной являются: неравномерность просвета сосуда, стеноз по типу «крысиного хвоста».

Выполнено оперативное вмешательство: Эндопротезирование левой ПА: РЭД (рентгенэндоваскулярная дилатация) в зоне стенозов баллонным катетером диаметром 2,0 мм, установлено 2 стента (BioMime 4,5x 16мм). Просвет артерии восстановлен. Рентген-контраст: Визипак 320-160мл.

На представленном снимке видно, что стеноза в сегментах V2 и V3 не выявляется, кровоток в левой позвоночной артерии восстановлен.

После проведенного лечения: состояние больной удовлетворительное, мышечная сила восстановилась

до 5 баллов в правой ноге и 4 баллов в правой руке, в которой также остается ощущение «онемения». Гомонимная гемианопсия регрессировала.

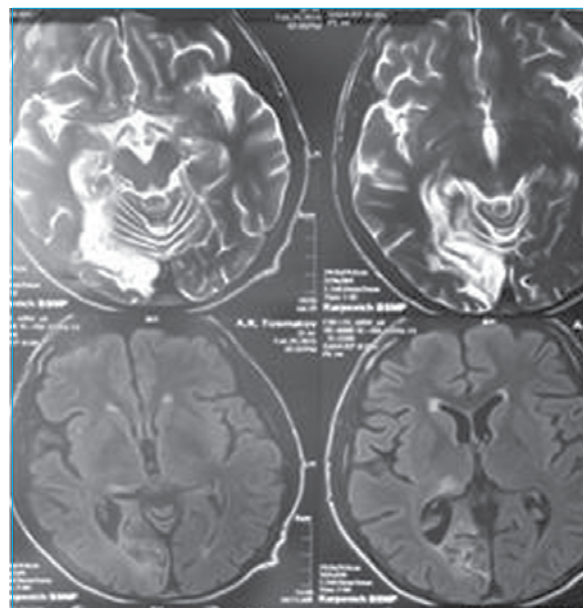
С рекомендацией не прерывать прием дезагрегантов (плавикс, аспирин), а также продолжить нейропротективную, сосудистую терапию, пациентка выписана на под наблюдение невролога по месту жительства.

Клинический пример № 2: больной Т., 31 год, поступил в стационар с жалобами на онемение и неловкость в левых конечностях, зрительные нарушения, головокружение. В неврологическом статусе при поступлении: центральный парез VII, XII слева, центральный левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3б в руке и 4б в ноге, левосторонняя гомонимная гемианопсия, левосторонняя гемигипестезия.

На основании данных дообследования был выставлен диагноз: «повторный ишемический инсульт по типу артериальной тромбоэмболии в бассейне правой задней мозговой артерии с синдромом левостороннего центрального гемипареза, гемигипестезии, левосторонней гомонимной гемианопсии на фоне диссекции правой позвоночной артерии с формированием аневризмы на уровне C1-CII».

Из анамнеза известно, что впервые больной был доставлен бригадой скорой помощи в неврологическое отделение КМКБСМП три месяца назад с жалобами на остро возникшую слабость в левых конечностях, нарушение зрения. После обследования был установлен диагноз: «ишемический инсульт в ВББ с синдромом левосторонней гомонимной гемианопсии,

Рис. 5. Больной Т. МРТ головного мозга.



— наука и практика —

Рис. 6. Больной Т. Ангиография правой ПА исходная.



Рис. 7. Больной Т. Ангиография правой позвоночной артерии после операции.



левостороннего центрального гемипареза». Выявленная на МСКТА мешотчатая аневризма на уровне C1-C2 правой позвоночной артерии не была расценена как возможная причина ишемического инсульта.

Выписан со значительным улучшением. Повторный инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии развився через три месяца. Углубленный сбор анамнеза позволил установить, что в 2013 году больной перенес спинальную травму с компрессионным переломом L2-3 позвонков. Отмечался нижний парапарез, симптомы которого регрессировали на фоне лечения. В 2014 году – повторный эпизод падения с высоты, после чего появились боли в шейном отделе позвоночника.

На МРТ головного мозга: Супратенториально, на медиальной поверхности правой затылочной доли обширная зона кистозно-ликворной трансформации размерами 56x20x18 мм. В таламусе справа – «застарелый» ишемический инсульт 14x8 мм с кистозно-ликворной трансформацией.

На МРА головного мозга картина гипоплазии интракраниального сегмента ПА справа.

На МСКТА и церебральной ангиографии: Справа, на уровне C1-C2, в позвоночной артерии определяется мешотчатая аневризма с широким основанием, размерами 3x1,5 мм в экстракраниальной части правой ПА.

Проведено эндоваскулярное вмешательство на сосудах шеи: стеноз ПА в V3-V4, саневризматическим мешком 2,4 x 1,9 мм, шейка 3,4 мм. Выполнена РЭО аневризмы (спиралью Compass Complex 2,5x3,5см) со стент-ассистенцией (LVIS5x23мм). Просвет артерии восстановлен. Аневризматический мешок не контрастируется. Рентгенконтраст: Визипак 320-160мл.

Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями принимать плавикс 75 мг в течение 2 месяцев, аспирин кардио 100 мг пожизненно.

Таким образом, очевидно, что инсульт, развившийся в молодом возрасте, требует пристального внимания клиницистов. Для уточнения причины сосудистой катастрофы, помимо рутинных методов, необходимо проводить целенаправленное исследование брахиоцефальных артерий (МРА сосудов шеи, МСКТА сосудов шеи, а при необходимости – ангиографическое исследование по Сельдингеру).

Приведенные в данной статье клинические наблюдения показывают, что улучшение оснащенности сосудистого центра, привлечение технологий эндоваскулярной хирургии способствует значительному повышению качества диагностики и лечения описанной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добрынина Л.А. и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2011. № 3. С. 4.
2. Евтушенко С.К. и др. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии: Руководство для врачей. – Донецк, 2009. – 265 с.;
3. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии. – СПб., 2000. – 256 с.)
4. Кадыков А.С. и др. Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте // Вестник практической неврологии. – 1996. – № 2. – С. 5.)
5. Bassi P., Lattuada P., Gomitoni A. // Neurol. Sci. – 2003. – Suppl.1. – P.S4–7).
6. Baumgartner R.W., Bogousslavsky J. // Front. Neurol. Neurosci. – 2005. – Vol.20. – P.70–76)
7. Beletsky V., Nadareishvili Z., Lynch J. et al. // Stroke (рус. изд.). – 2004. – Вып.2. – С.13–19)
8. Tak, Fukuda M., Aiba T., Takahashi S.//Clin. Neurol. Neurosurg. – 2004. – Vol.106, N 2. – P.132–135
9. Karimi M., Razavi M., Fattal D. // Arch. Neurol. – 2004. – Vol.61, N 4. – P.583–585.
10. Yoshicawa G., Kawamoto S., Ono H. et al. // No ShinkeiGeka. – 2003. – Vol.31, N 7. – P.803–809.)

— наука и практика —

ЭКЗАНТЕМНЫЕ МАСКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ



Тихонова Е.П.

АВТОРЫ

Тихонова Е.П.¹,
Кузьмина Т.Ю.¹, Калинина Ю.С.¹,
Андропова Н.В.¹, Сергеева И.В.¹,
Бабушкин А.О.²

1. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
2. КГБУЗ «КМБСМП
им. Н.С. Карповича»

Актуальность: Значимость инфекционных болезней, для которых патогномичным симптомом является экзантема, по сравнению с другими инфекционными заболеваниями в последние годы возрастает. Это объясняется не только сложностью диагностики, но и увеличением числа лиц со вторичным иммунодефицитом: ВИЧ-инфекция, при которой в острый период болезни наряду с лихорадкой, лимфаденопатией регистрируется экзантема [1,2,3,5].

Установление диагноза всегда является трудным и ответственным процессом. Для того чтобы распознать инфекционное заболевание, необходимо его дифференцировать с неинфекционными болезнями. Диагностика в первую очередь базируется на выявлении основных признаков: ведущих синдромов заболевания, таких как экзантема, лихорадка, диарея, желтуха и другие.

Ранняя диагностика при первом осмотре больного представляет большие трудности, поскольку многие инфекционные болезни протекают с сыпью на фоне лихорадки и катарального синдрома. Именно на догоспитальном этапе чаще всего совершаются диагностические ошибки, поэтому для правильной диагностики необходимо учитывать не только характер сыпи, но и время ее появления, последовательность распространения, локализацию, количество элементов сыпи [3,4,6].

На территории Российской Федерации с каждым годом увеличивается риск завоза кори, краснухи, геморрагических лихорадок. Способствуют тому развивающиеся международные связи, прежде всего туристические (выезд жителей края в неблагополучные по этим инфекциям страны), а также значительный поток мигрантов из стран, неблагополучных, например, по кори (Китай, государства СНГ). Несмотря на совершенствование диагностики, создание новых схем лечения и профилактики инфекционных болезней, необходимо их дальнейшее изучение, что поможет в борьбе не только с «возвращающимися», но и с новыми инфекционными болезнями, протекающими с экзантемами [1,2].

Целью нашей работы было: Обобщить собственный многолетний клинический опыт и результаты исследовательских работ по инфекционной патологии, проведенных в г. Красноярске.

— наука и практика —

Материалы и методы: Наши материалы включают анализ случаев экзантемных инфекционных заболеваний, а именно: ветряной оспы и кори, пациенты с которыми находились на стационарном лечении в инфекционном корпусе КГБУЗ «КМКБСМП им. Н. С. Карповича» в период с 2013 по 2015 годы. Диагнозы были сформулированы на основании клинико-анамнестических и эпидемиологических данных и верифицированы выявлением доступных серологических маркеров методом ИФА.

Результаты исследования: Комплексное клинико-лабораторное исследование, проведенное у взрослых, болеющих корью и ветряной оспой, позволило выявить клинические особенности данных заболеваний у взрослых на современном этапе.

Под наблюдением находились 70 пациентов с диагнозом «ветряная оспа» и 38 с диагнозом «корь». Среди наблюдаемых преобладали пациенты мужского пола (72,8% – 51 человек) в возрасте 19-35 лет.

Ветряная оспа – острая антропонозная инфекция, вызываемая вирусом семейства герпесвирусов 3 серотипа, характеризующаяся умеренной лихорадкой и появлением на коже и слизистых оболочках полиморфной сыпи [1,4].

Период высыпаний при ветряной оспе начинался преимущественно с появления нескольких пятнисто-папулезных элементов сыпи, которые локализовались на волосистой части головы (48,5%), в заушных областях (22,8%) или одновременно на волосистой части головы и в заушных областях (28,5%) (рис. 1).

В последующие 1-4 суток сыпь начинала распространяться на лицо, шею, туловище, верхние и нижние конечности. При этом у 52 (74,3%) больных на нижних конечностях сыпь была скудной. В течение нескольких часов она приобретала характер везикул с прозрачным содержимым. Высыпания характеризовались феноменом подсыпания: у 34 (48,5%) больных в течение 2-3 суток, у 33 (47,1%) – в течение 5-7 суток, у 3 (4,3%) – в течение 8 суток, при этом у каждого третьего пациента сыпь сопровождалась кожным зудом. На 3-4-й день от начала появления первых элементов сыпь становилась полиморфной – пятнисто-папулезно-везикулезной, затем постепенно начинала подсыхать с образованием корочек, которые на 7-12-й день полностью отпадали. У 35,7% (25 чел.) больных сыпь была чрезвычайно обильной, почти сплошь покрывала лицо и туловище.

Отличительной особенностью ее была быстрая и обильная пустулизация, которая наблюдалась почти у половины больных (54,3%). (Рис. 2). Пустулизация сопровождалась значительным (39-400С) подъемом температуры, при этом у 14 (20%) больных пиодермия была настолько выражена, что требовала допол-

Рис.1. Элементы полиморфной сыпи: начало периода высыпаний и в разгаре – этап формирования корочек



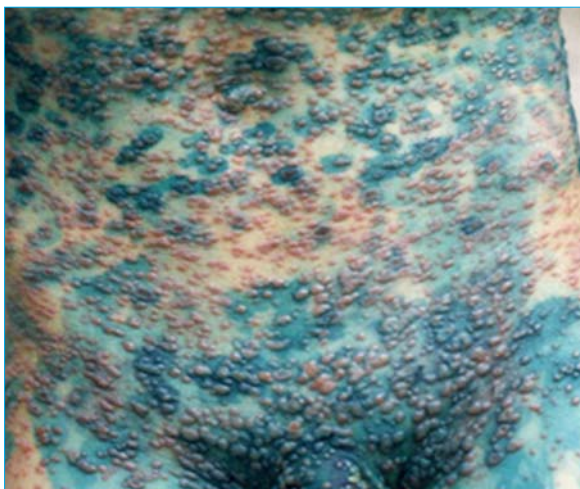
нительного назначения антибактериальной терапии, а в 7 случаях тяжелая степень заболевания была связана с выраженностью пиодермии (рис. 3).

В 38,6% (27 чел.) случаев экзантема сопровождалась энантемой на слизистой оболочке рта, преимущественно в области небных дужек и мягкого неба.

Энантема вначале имела вид папул ярко-розового цвета, а затем превращалась в пузырьки, которые быстро вскрывались с образованием язвочек, покрытых бело-желтым налетом. Развивался стоматит, который обуславливал сильную боль при приеме пищи. Помимо ротовой полости энантема определялась также на слизистой оболочке половых органов, с одинаковой частотой у мужчин и женщин (3,9%). При локализации высыпания в области уретры больные испытывали боль при мочеиспускании. У 23 пациентов (32,3%) высыпания наблюдались на конъюнктиве, что сопровождалось развитием конъюнктивита и склерита в течение 3-5 дней периода высыпаний.

Следует также отметить, что период высыпаний сопровождался интоксикационным и астеновегета-

Рис.2. Обильная пустулизация сыпи



тивным синдромами: выраженная головная боль у 27 (38,6%) больных, недомогание и слабость у всех (100%) больных; высокая лихорадка регистрировалась у 13 (18,6%) больных – повышение температуры тела до $(38,8 \pm 0,8)^\circ\text{C}$, у 57 (81,4%) больных отмечалась субфебрильная температура. Лихорадочный период в неосложненных случаях длился $6,0 \pm 2,0$ дней, при развитии осложнений удлинялся до $9,0 \pm 2,0$ дней. Обычно температура нормализовалась с окончанием периода подсыпаний.

Корь – острая высококонтагиозная антропонозная вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем, характеризующаяся циклическим течением, синдромом общей интоксикации, макулопапулезной сыпью на коже, катаром верхних дыхательных путей и конъюнктивы.

В продромальный период заболевания отмечается поражение слизистой оболочки щек. Они гиперемированы, разрыхлены, и за 1-2 дня до появления высыпаний на коже, слизистой щек, напротив малых коренных зубов, появляются пятна Бельского-Филатова-Коплика (мелкие, белесоватые, возвы-

Рис. 3. Пиодермия



шающиеся над поверхностью слизистой оболочки и окруженные красным ободком). (Рис. 4). Пятна существуют 2-3 дня и к моменту появления сыпи обычно исчезают, но могут сохраняться в первые дни появления экзантемы.

Продолжительность продромального периода составляет 3-4 дня. Период высыпания начинается на 3-4 день болезни, продолжается 3 дня и характеризуется появлением сыпи (папулезно-пятнистой, яркой, красной, с тенденцией к слиянию, на неизменном фоне кожи). (Рис.5). При максимально выраженных симптомах интоксикации и катаральных явлениях.

В периоде высыпания у взрослых больных корью отмечается этапность высыпания папулезно-пятнистой сыпи, что является патогномоничным для данной инфекции. Этапность высыпания: 1-е сутки – лицо, шея, верхняя часть груди; 2-е сутки – туловище; 3-и сутки – нижние конечности. Однако распространение сыпи в ряде случаев (у каждого 4 больного) укорачивалось до 2 дней либо удлинялось до 7-10 дней (18%); крайне редко (5%) наблюдалось отсутствие этапности высыпания (в течение суток сыпь появля-

Рис.4. Пятна Бельского-Филатова-Коплика и энантема при кори



ется на лице, туловище, конечностях). Количество элементов сыпи у взрослых больных обычно больше, чем у детей. При тяжелом течении заболевания сыпь была сливной; чаще, чем у детей (в 10%), регистрировалась геморрагическая и петехиальная сыпь.

Таким образом, клиническая картина представленных экзантемных заболеваний остается классической. Ветряная оспа у взрослых характеризуется в большинстве случаев более тяжелым течением, в отличие от детей, а именно: обильной полиморфной сыпью, с длительностью подсыпаний от 5 до 8 дней, при этом у 54,3% больных сыпь имела пустулезный характер; в 38% случаев отмечалась энантема с конъюнктивитом и склеритом. При кори этапность высыпаний сохраняется, но они могут быть более обильными, с геморрагическим синдромом, и, наоборот, скудными – макулопапулезными.

Рис.5. Сыпь на лице и туловище при кори



ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: нац. рук. / гл. ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с – (Национальный проект Здоровье).
2. Руководство по инфекционным болезням: в 2 кн. / ред. Ю. В. Лобзин, К. В. Жданов. – 4-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Фолиант, 2011. – Кн.1. – 664 с.
3. Середа, Т.В. Дифференциальный диагноз инфекционных заболеваний, протекающих с поражением кожи / Т.В. Середа. – Новокузнецк, 2010. – 99 с.
4. Таточенко В.К. Ветряная оспа – клиническая картина // ИЦЗД РАМН Бюл. Вакцинация. – 2009. – № 1. – С.
5. Тихонова Е.П., Тихонова Ю.С., Кузьмина Т.Ю. и др. Случай тяжелого течения ветряной оспы у больного ВИЧ-инфекцией // Инфекционные болезни. – 2012. – Т.10, №3. – С.100-102.
6. Чепино Е.И., Патеюк А.В., Кохан С.Т. и др. Особенности течения и лечения ветряной оспы у военнослужащих срочной службы в условиях Забайкалья // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – Т. 79, №3. – Ч. 1. – С. 132-134.

— наука и практика —

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА



Тутынин К.В.

АВТОРЫ

Тутынин К.В.,^{1,2} Горбунов Н.С.,²
Дятлова М.А.²

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Наиболее значимой травмой у женщин старшего возраста, с медико-экономической и социальной точек зрения, являются переломы проксимального отдела бедренной кости. Это связано с высоким уровнем травматизма у этой группы пострадавших, последующей потерей способности к самообслуживанию.

Переломы проксимального отдела бедренной кости характеризуются сложностью лечения, требующего комплексного подхода, частой инвалидизации и высокой смертностью – 50-78% этих больных не возвращаются к прежнему уровню активности, что в совокупности с возрастной соматической патологией в конечном итоге ведет к высокому уровню смертности: в течение первого года после перелома бедренной кости умирает 18-35% лиц [1, 8, 9].

В этой связи **целью работы** явилось: изучение конституциональной и наследственной предрасположенности, особенностей локализации переломов проксимального отдела бедренной кости у женщин пожилого возраста.

Материалы и методы исследования: Обследованы 199 женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости в остром периоде травмы на базе травматологических отделений КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» и КГБУЗ «КМКБ № 7» г. Красноярск за период с сентября 2013 по октябрь 2014 года. В возрастную категорию вошли женщины среднего (56-59 лет) и пожилого возраста (60-74 года). Группу сравнения составляли 108 условно здоровых женщин этой же возрастной группы (56-74 лет), обследованных в Краевом геронтологическом центре «Уют» г. Красноярск. Тип телосложения определялся по методикам В.Н. Шевкуненко, В.М. Черноуцко, J. Tanner, L. Rees, H.J. Eisenk, тип массы тела по классификации A. Quetelet, тип плотности тела по классификации H. Rohrer. Статистическая обработка полученных данных выполнена в программе Microsoft Excel 2011.

Результаты и обсуждение: В структуре первичных переломов вертельные переломы составили 49,74%

Таблица 1
Частота встречаемости женщин с разными анатомическими типами (в %)

Анатомический тип	Группа сравнения (n=108)	Группа обследуемых (n=199)	P-квадрат
	1	2	
<i>Тип телосложения по классификации В.Н. Шевкуненко</i>			
Брахиморфный	20,4±3,9	45,2±3,8	P12<0,001
Мезоморфный	70,4±4,4	30,4±3,5	P12<0,001
Долихоморфный	9,2±2,8	24,4±3,3	P12<0,01
Всего	100	100	
<i>Тип телосложения по классификации В.М. Черноруцкого</i>			
Гиперстенический	89,8±2,9	74,4±3,1	P12<0,001
Нормостенический	10,2±2,9	22,1±2,9	P12<0,01
Астенический	0	3,5±1,3	
Всего	100	100	
<i>Тип телосложения по классификации J. Tanner</i>			
Андроморфный	73,1±4,2	0,5±0,5	P12<0,001
Мезоморфный	17,6±3,7	1,0±0,7	P12<0,001
Гинекоморфный	9,3±2,8	98,5±0,9	P12<0,001
Всего	100	100	
<i>Тип телосложения по классификации L. Rees, H.J. Eisenk</i>			
Пикнический	86,1±3,3	61,3±3,4	P12<0,001
Нормостенический	13,9±3,3	30,2±3,2	P12<0,001
Астенический	0	8,5±1,9	
Всего	100	100	
<i>Тип массы тела по классификации A. Quetelet</i>			
Выраженный	0	0	
Недостаточный	0	3±1,2	
Нормальный	14,8±3,4	34,7±3,4	P12<0,001
Избыточный	36,1±4,6	40,7±3,5	
Ожирение 1 степ.	35,2±4,6	15,6±2,6	P12<0,001
Ожирение 2 степ.	12,0±3,1	5±1,5	P12<0,05
Ожирение 3 степ.	1,9±1,2	1±0,7	
Всего	100	100	
<i>Тип плотности тела по классификации H. Rohrer</i>			
Высокий	100	84,9±2,5	
Средний	0	13,1±2,4	
Низкий	0	2±0,9	
Всего	100	100	

случаев (99 женщин). Переломы шейки бедренной кости выявлены в 50,25% случаев (100 женщин). Переломы правой бедренной кости встречаются в 54,9% случаев, левой – в 45,1%.

У всех женщин проводилось измерение роста, веса, диаметров плеч и таза, диаметров и обхвата грудной клетки, длины туловища. На основании полученных антропометрических данных производилось определение индексов, типов телосложения, массы и плотности тела.

По классификации В.Н. Шевкуненко, у женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости в 45,2% встречается доля лиц с брахиморфным типом телосложения, мезоморфным – в 30,4%, долихоморфным – в 24,4%. Соотношение составляет: 1,9:1,2:1,0. Из анализа результатов исследования следует (табл. 1), что среди женщин с переломами бедренной кости чаще встречаются лица с брахиморфным типом телосложения, а среди лиц группы сравнения брахиморфный тип телосложения встречается в 2,2 раза реже. Женщины с мезоморфным типом телосложения чаще встречаются в группе сравнения и в 2,3 раза реже – в группе обследования. Женщины с долихоморфным типом телосложения чаще встречаются в группе с переломами и в 2,7 раза реже – в группе условно здоровых. Следовательно, переломы бедренной кости у женщин преобладают среди лиц брахи- и долихоморфного типов телосложения.

По классификации В.М. Черноруцкого, среди женщин контрольной группы преобладают лица с гиперстеническим типом телосложения (89,8±2,9), имеются нормостеники (10,2±2,9), и нет женщин астенического телосложения (0%). Соотношение: 9:1:0. Среди женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости наиболее часто встречаются лица с гиперстеническим типом телосложения (74,4±3,1), реже – нормостеники (22,1±2,9), астеники (3,5±1,3%). Соотношение: 21:6:1. Из анализа результатов сравнительного исследования, следует, что лица гиперстенического типа телосложения преобладают почти в 1,2 раза в группе сравнения, а среди женщин с переломами преобладает в 2,2 раза доля лиц с нормо- и астеническим типами телосложения. Следовательно, преобладает доля лиц с нормо- и астеническим типами телосложения и снижена доля гиперстеников.

При использовании классификации J. Tanner, значимо (p<0,001) реже встречаются лица с андро- (0,5%) и мезоморфным (1%) типами телосложения и преимущественно – гинекоморфным (98,5%). Соотношение: 1,0:2,0:197,0. Из анализа результатов следует, что лица андро- и мезоморфного типов телосложения значимо (p<0,001) преобладают в группе условно здоровых женщин и очень редко в группе женщин с переломами, а гинекоморфный – наоборот.

— наука и практика —

Следовательно, установлено преобладание доли лиц с гинекоморфным типом телосложения.

При использовании классификации L. Rees, H.J. Eisenk значимо ($p < 0,001$) чаще встречаются лица с пикническим (61,3%) типом телосложения, реже (30,2%) – с нормостеническим и меньше всего (8,5%) – с астеническим. Соотношение: 7,2:3,5:1,0. Как следует из таблицы, пикнический тип телосложения значимо ($p < 0,001$) чаще выявляется в группе условно здоровых женщин, а нормо- и астенический, наоборот, в группе женщин с переломами. Установлено преобладание доли лиц с нормо- и астеническим типами телосложения.

По классификации А. Quetelet, с недостаточной массой тела встречаются женщины в 3%, с нормальной – в 34,7%, с избыточной – в 40,7%, с ожирением 1 степени – в 15,6%, с ожирением 2 степени – в 5%, а с ожирением 3 степени – в 1% случаев. Из этого следует, что женщины с недостаточной и нормальной массами тела значимо ($p < 0,001$) чаще выявляются в группе женщин с переломами, а с ожирением всех степеней, наоборот, в группе условно здоровых женщин. Следовательно, преобладает доля лиц с недостаточной и нормальной массой тела.

При использовании классификации Н. Rohrer, высокая плотность тела встречается в 84,9%, средняя – в 13,1%, низкая – в 2,0%. Соотношение: 42,4:6,6:1,0. Сравнительный анализ показал, что доля женщин со средней и низкой плотностью тела значимо чаще выявляется в группе женщин с переломами.

При сборе семейного анамнеза у 199 женщин проспективной группы выявлено, что у матерей 46-ти женщин (25,4% случаев) также в возрасте 56-74 лет (средний возраст $70 \pm 3,3$ года) был перелом проксимального отдела бедренной кости. Давность травмы составила $23,3 \pm 2,2$ года.

У 156 женщин (86,1%) были родные сестры, у которых возникли переломы проксимального отдела бедренной кости в 26,2% случаев (средний возраст $68 \pm 2,9$ года). Давность травмы составила $5,1 \pm 2,9$ года.

При анализе переломов по доступной медицинской документации установлено, что локализация перелома у женщин исследуемой группы была идентична переломам у родных сестер в 100% случаев.

Выводы: Проведенное исследование выявило выраженные конституциональные особенности женщин пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости – преобладание среди них доли лиц с брахи- и долихоморфными типами телосложения по классификации Шевкуненко, гинекоморфным – по Tanner, недостаточной и нормальной массой тела – по Quetelet, средней и низкой плотно-

стью тела – по Rohrer, доли нормо- и астеников – по Черноруцкому и Rees–Eysenck.

Установлено, что локализация последующего перелома проксимального отдела противоположной бедренной кости идентична предыдущему. Существует семейная (генетическая) предрасположенность к одному и тому же типу перелома.

Анатомическая и генетическая предрасположенность к симметричности локализации переломов проксимального отдела бедренной кости, вероятно, связана с особенностями локального остеопороза и особенностями кровоснабжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) / Л.В. Меньшикова, Н.А. Храмова, О.Б. Еришова, О.М. Лесняк, Л.И. Кузьмина, С.Г. Аникин, Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская, Э.Н. Оттева. // Остеопороз и остеопатии. – 2002. – № 1. – С. 8 – 11.
2. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / под. Ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 176с.
3. Черноруцкий, В.М. Учение о конституции в клинике внутренних болезней / В.М. Черноруцкий // Труды 17-го съезда Российских терапевтов. – Л., 1925. – С. 304 – 312.
4. Мартыросов, Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартыросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. – М.: «Наука», 2006. – 148 с.
5. Шевкуненко В.Н. Типовая анатомия человека / В.Н. Шевкуненко, А.М. Геселевич. – Л., 1935. – 232 с.
6. Tanner, J.M. Physical development / J.M. Tanner // Brit. Med. Bull. – 1986. – V. 42, № 2. – P. 131 – 138.
7. Rees, L. A factorial study of some morphological aspects of human constitution / L. Rees, H.J. Eisenck // J. Mental. Sci. – 1945. – V. 91, № 383. – P. 8 – 21.
8. Cummings S., Melton L. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. Lancet 2002 359:1761–1767.
9. Hamdy R.C. Fracture risk assessment in postmenopausal women. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. 2009 11:229–236.
10. Muller M. et al., Manual of internal fixation, 1991, 3rd ed, 752 p.
11. Sawalha S., Parker M.J., Characteristics and outcome in patients sustaining a second contralateral fracture of hip. The Journal of bone and joint surgery 2012 94 – B: 102 – 106.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ



Е.И. Харьков

АВТОРЫ

**Е.И. Харьков^{1,2},
Е.Л. Давыдов²,
Е.А. Светлов¹**

*1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

*2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»*

В настоящее время обращаемость населения за лечебно-диагностической помощью обычно определяется по медицинской документации и/или по результатам опросов о состоянии здоровья [1]. Хотя у обоих этих подходов есть и достоинства, и недостатки, считается, что опросы о состоянии здоровья населения дают более четкую дополнительную информацию, особенно о тех услугах, которые не отражаются, или недостаточно отражаются в медицинской документации. Важным преимуществом опроса перед изучением медицинской документации является и то, что он позволяет устанавливать связь между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью и демографическими и социально-экономическими характеристиками пациентов [2,4]. Наконец, опрос о состоянии здоровья – это сравнительно дешевый и оперативный способ восполнить пробелы данных в медицинской документации [6].

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что частота заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки в РФ распространенность АГ после 60 лет составляет свыше 60%, а после 80 лет приближается к 80% [7].

Цель исследования. Изучить социально-экономическую характеристику больных пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–2010 и ESH/ESC–2009), проживающих в г. Красноярске, из которых были сформированы 3 группы.

1-я группа - 108 больных среднего возраста (45-59 лет), из них 40,7% (44) мужчин и 59,3% (61) женщин.

2-я группа - 211 лиц пожилого возраста (60-74 года - по классификации ВОЗ 1963 г.), из них – 36,5% (76) мужчин и 63,5% (135) женщин.

3-я группа - 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 43,0% (46) мужчин и 57,0% (61) женщин.

науча и практика

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий блок вопросов, характеризующих медико-социальные аспекты у больных АГ старших возрастных групп (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [5]). Исследование проводилось с использованием классификации семей и классификации медико-социального состояния семей по методике, описанной коллективом авторов Красноярского государственного медицинского университета [3].

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки использовали программу SPSS v.19, разработанную в Стэнфордском университете (США).

Описательная статистика представлена абсолютными и относительными значениями, средними величинами и 95% доверительных интервалов (ДИ). Для проверки гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении - критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст обследуемых пациентов в 1-й группе у мужчин составлял 53,7 года (95% доверительный интервал (ДИ) 52,5 – 54,9), у женщин - 54,0 года (ДИ 53,0 – 54,9). Во 2-й группе средний возраст

мужчин составил 67,2 года (ДИ 66,2 – 68,2 года), у женщин 67,3 года (ДИ 66,6 – 68,0 года). В 3-й группе средний возраст мужчин составил 81,5 года (ДИ 80,4 – 82,6), у женщин - 79,4 года (ДИ 78,5 – 80,4).

Проведенный анализ самооценки своего здоровья пациентами показал, что более половины пациентов старческого возраста оценивают свое здоровье как плохое (55,6% мужчин и 61,3% женщин), а респонденты пожилого (51,9% мужчин и 59,7% женщин) и среднего возрастов (65,9% мужчин и 70,3% женщин) – как удовлетворительное (рис. 1).

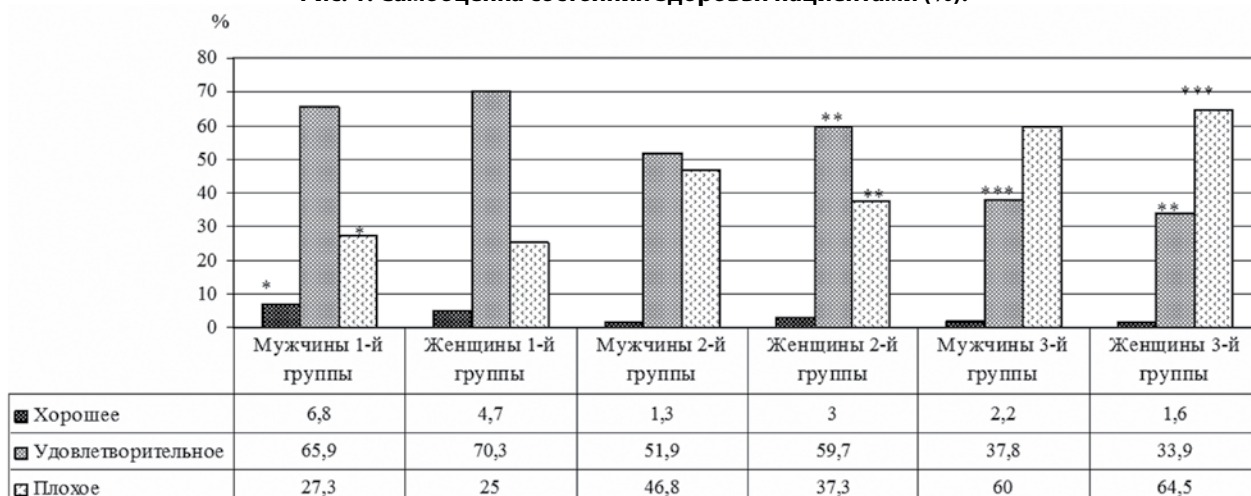
Такая разница в оценке своего здоровья у пациентов разных возрастных групп вполне объяснима, так как с возрастом снижаются функциональные резервы организма, который не может адекватно поддерживать работу различных систем.

Результаты самооценки населением состояния своего здоровья, полученные социологическим методом, носят, безусловно, субъективный характер, и зависят от ряда таких факторов, как психологические особенности опрашиваемых, самочувствие в момент опроса, состояние здоровья окружающих, частота и тяжесть заболеваний, перенесенных респондентами в последние годы, информированность о возможностях получения медицинской помощи и др.

Немалое значение для оценки состояния здоровья людей старших возрастных групп оказывает семейное положение и наличие тесных связей с детьми.

Проведенный анализ семейного положения респондентов показал, что доля пациентов, страдающих

Рис. 1. Самооценка состояния здоровья пациентами (%).



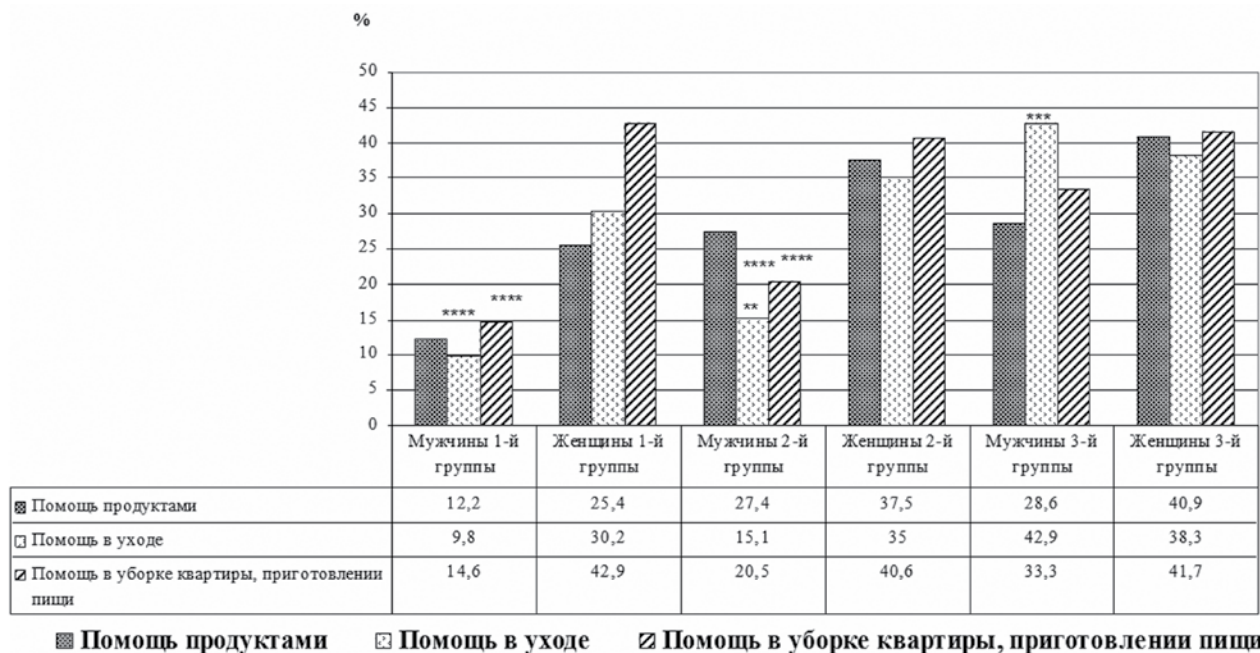
Примечание:

* критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 1-й и 2-й групп;

** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 2-й и 3-ей групп;

*** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 3-й и 1-й групп.

Рис. 2. Удельный вес различных видов помощи от детей и внуков (%).



Примечание:

* критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 1-й и 2-й групп;

** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 2-й и 3-ей групп;

*** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 3-й и 1-й групп.

**** критерий достоверности ($p < 0,05$) внутри группы по полу.

АГ и состоящих в браке в настоящее время, в первой группе составляет 73,1%, что в 1,3 и 2,0 раза выше по сравнению со второй (58,5%, $p = 0,002$) и третьей группами (37,4%, $p = 0,0001$) соответственно.

Основной причиной снижения удельного веса брачных пар в старческом возрасте является потеря супруга (супруги) – доля вдовствующих в этом возрасте (57,9%) в 1,6 и 4,8 раз превышает доли респондентов пожилого (35,5%, $p = 0,0001$) и среднего возрастов (12,0%, $p = 0,0001$) соответственно. В тоже время в среднем возрасте, наравне с вдовством, другой причиной снижения удельного веса брачных пар являются разводы, доля которых (13,0%) в 2,1 и 2,8 раз превышает аналогичные доли у лиц пожилого (6,2%, $p = 0,039$) и старческого возраста (4,7%, $p = 0,032$). Удельный вес респондентов, не состоявших в течение жизни в браке, во всех группах не превышает 2,8%.

Нами установлено, что удельный вес вдов во всех возрастных группах существенно превышает аналогичные доли вдовцов ($p < 0,05$).

Анализ показал, что основная масса исследуемых респондентов всех возрастных групп имеет детей (мужчины – 91,1-94,8%, женщины – 95,5- 98,4%). По средней численности детей у мужчин и женщин между группами существенных отличий не обнару-

жено (1,8-2,2 и 1,8-1,9 ребенка у мужчин и женщин соответственно).

Проживает отдельно от младшего поколения достоверно меньше респондентов среднего возраста (48,8% мужчин и 47,6% женщин), чем пожилого (69,1%, $p = 0,026$ и 65,6%, $p = 0,010$ соответственно) и старческого возрастов (82,3%, $p = 0,001$ и 63,9%, $p = 0,045$ соответственно).

Установлено, что количество женщин старческого возраста достоверно выше чем мужчин своего возраста ($p = 0,037$). На наш взгляд, одной из причин таких результатов является то, что в группе пожилого возраста лишь 2,7% мужчин имеют детей в возрасте до 18 лет, тогда как в группе среднего возраста 22,0% мужчин и 8,1% женщин имеют несовершеннолетних детей ($p = 0,001$ и $p = 0,001$ соответственно), которые не имеют собственных семей.

Нами установлено, что семейные пациенты всех возрастных групп, в 2,1 раза чаще оценивают свое состояние как хорошее и удовлетворительное, по сравнению с одиночными респондентами (52,9% против 25,7% соответственно).

Оценивают состояние своего здоровья как плохое 85,6% мужчин и 77,9% женщин среднего возраста из общего числа проживающих в составе семейной

— наука и практика —

группы (совместно с младшим поколением). В то время как основная масса аналогичных оценок пациентами пожилого (72,3% мужчины и 74,5% женщины) и старческого (89,2% мужчины и 91,4% женщины) возрастов дана респондентами, проживающими отдельно от младшего поколения.

По нашему мнению, это связано с тем, что у пациентов пожилого и старческого возрастов снижаются возможности к самообслуживанию, и им требуется дополнительная помощь в уборке квартиры, приготовлении пищи, приобретении продуктов питания и медикаментов и др.

Нами установлено, что более 4/5 респондентов всех групп проживают в отдельной благоустроенной квартире: мужчины – 84,1%, 89,6% и 86,7%; женщины – 90,6%, 85,1% и 87,1% соответственно; остальные проживают в коммунальных квартирах, частных домах, домах коттеджного типа. Количество квадратных метров на одного человека выше 22,0 кв.м.; необходимо отметить что в группе мужчин пожилого возраста площадь на 1 человека достоверно ниже (25,42 кв.м.), чем у женщин (30,16 кв.м., $p=0,038$), что связано с более высоким числом лиц, совместно проживающих с детьми и внуками; с этим же связано достоверно более низкое количество площади на 1 человека у женщин среднего возраста (23,48 кв.м.) по сравнению с женщинами пожилого ($p=0,009$) и старческого (31,89 кв. м., $p=0,0001$) возрастов.

Уровень дохода и состояние здоровья - две наиболее значимые переменные, обуславливающие удовлетворенность жизнью людей пожилого возраста. В связи с низкими доходами, пожилые люди в большей части не могут получить необходимые социальные и медицинские услуги.

По уровню обеспеченности на 1 члена семьи около половины исследованных пожилых и среднего возраста мужчин (57,1% пожилого и 45,5% и среднего возраста) и женщин (49,3% и 48,4% соответственно) относятся к малообеспеченным (имеющие уровень обеспеченности 1-2 прожиточного уровня на члена семьи), что выше, чем у пациентов старческого возраста (28,9% мужчин ($p=0,003$), и 39,3% женщин). При этом к среднему уровню обеспеченности (2-5 прожиточные уровни на члена семьи) относится 31,2% пожилых мужчин, что достоверно ниже, чем в старческом - 64,4% ($p=0,0001$) и среднем возрастах - 52,3% ($p=0,022$), и 37,3% женщин пожилого возраста, против 42,6% женщин старческого и 48,4% среднего возраста. Отмечено, что удельный вес среднеобеспеченных среди мужчин старческого возраста достоверно выше по сравнению с женщинами своей группы ($p=0,026$). Такая дифференциация в распределении по доходу, вероятно, связана с тем, что среди мужчин данной возрастной группы преобладают лица, имеющие большое количество льготных предпочтений

(ветераны ВОВ, ветераны тыла и т.д.), в связи с чем им производятся дополнительные денежные выплаты. Остальные респонденты относятся к высокообеспеченным (имеющие свыше 5 прожиточных уровней на члена семьи) или имеют уровень обеспеченности ниже прожиточного уровня, или затруднились ответить. Анализ показал, что затруднились оценить уровень обеспеченности респонденты всех возрастных групп, проживающие в составе семейной группы (совместно с младшим поколением).

Исследование семейного бюджета показало, что у респондентов всех трех групп, первое место занимают расходы на питание, составляющие от 39,1% до 43,2% бюджета, второе и третье место делят между собой расходы на коммунальные услуги (20,8-24,7%) и прочие расходы (21,1-24,8%). Четвертое место приходится на лекарственное обеспечение и лечение, расходы на которые составляют от 12,8 до 14,7% бюджета.

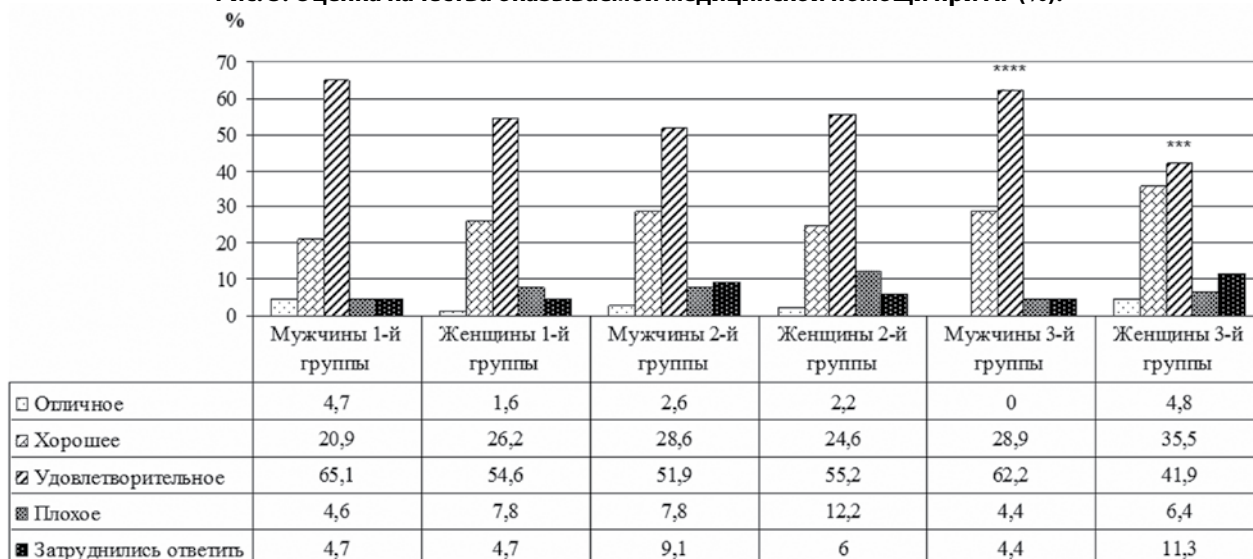
Получает материальную помощь существенно больше лиц пожилого (32,9% мужчин и 51,6% женщин) и старческого (36,6% и 45,9% соответственно) возрастов, чем пациентов среднего (17,1% мужчин и 34,9% женщин) возраста, что достоверно ниже, по сравнению с мужчинами старческого ($p=0,046$) и женщинами пожилого ($p=0,039$) возрастов. Нами выявлено, что такая разница в удельном весе пациентов разного возраста в получении материальной помощи от детей связана с возрастом их детей и продолжающейся рабочей деятельностью респондентов. Так, у пациентов старческого возраста, дети имеют в основном предпенсионный и пенсионный возраст, что ограничивает возможность оказания помощи родителям. Мужчины и женщины среднего возраста продолжают трудиться и имеют детей молодого возраста, которым самим приходится оказывать материальную помощь. В то же время и внутри гендерных подгрупп имеются достоверные различия в оказании материальной помощи. Так, достоверно выше частота оказания материальной помощи женщинам пожилого ($p=0,010$) и среднего ($p=0,037$) возрастов, по сравнению с мужчинами своего возраста.

В то же время установлены значительные отличия между группами и внутри групп по остальным видам помощи со стороны детей: помощь продуктами, помощь в уходе, помощь в уборке квартиры и приготовлении пищи. Это оказывает значительное влияние на снижение материальных затрат у респондентов и улучшению психологических отношений между поколениями (рис. 3).

Социологический подход к анализу качества медицинского обслуживания предполагает включение, наряду с объективными показателями (медико-экономические стандарты), и системы субъективных индикаторов – мнений, суждений самих пациентов, которые по существу оценивают удовлетворенность

— наука и практика —

Рис. 3. Оценка качества оказываемой медицинской помощи при АГ (%).



Примечание:

* критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 1-й и 2-й групп;

** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 2-й и 3-ей групп;

*** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 3-й и 1-й групп.

**** критерий достоверности ($p < 0,05$) внутри группы по полу.

медицинским обслуживанием, степень реализации потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения [1, 2, 6].

В условиях новых подходов к повышению качества и культуры оказания медицинской помощи мнение пациентов должно стать одним из критериев деятельности медицинских организаций.

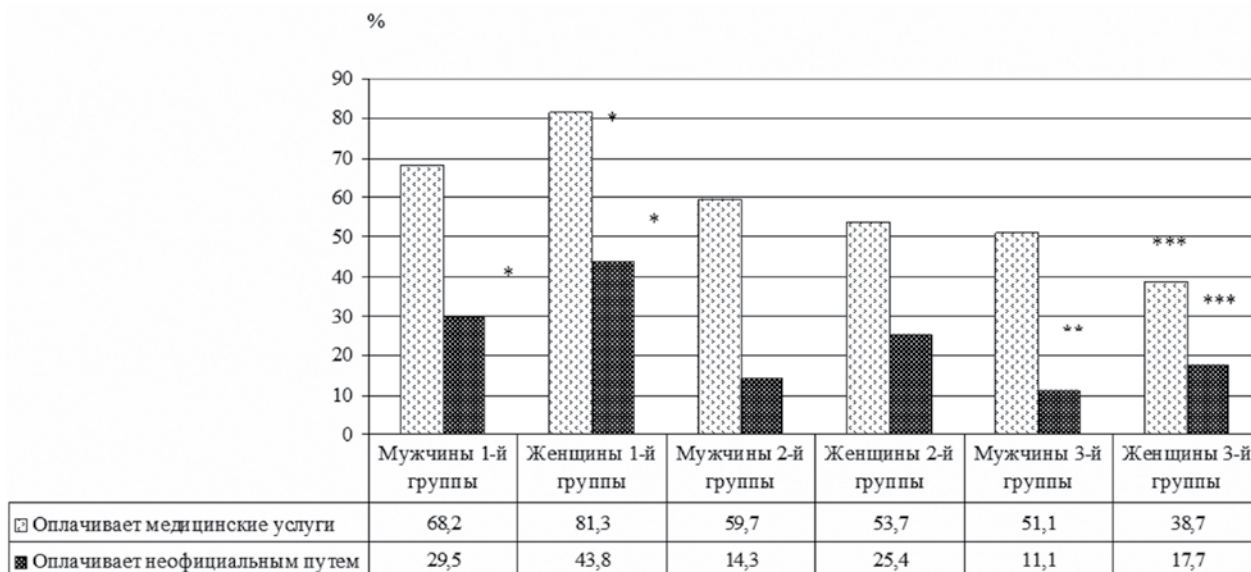
Большинство респондентов всех групп, как мужчины, так и женщины, оценивают оказываемую им медицинскую помощь по АГ как хорошую и удовлетворительную. Отличное качество медицинского обслуживания оценивает 4,7% мужчин и 1,6% женщин среднего возраста, 2,6% мужчин и 2,2% женщин пожилого возраста и 4,8% женщин старческого возраста. В то же время ни один мужчина старческого возраста не оценил оказываемое качество медицинской помощи как отличное. Обращает на себя внимание довольно большой удельный вес респондентов, оценивающих качество оказываемой медицинской помощи как плохое и очень плохое, а также затруднившихся его оценить (рис. 4).

Анализ оценки общего состояния здравоохранения в г. Красноярске показал, что доля мужчин старческого возраста, оценивающих состояние здравоохранения как хорошее, выше, чем доля мужчин пожилого и среднего возраста (17,8% против 13,0% и 11,4% соответственно), в то время как удельный вес женщин всех групп был практически одинаков (10,9% среднего, 11,2% пожилого и 11,3% старческого возрастов).

Около половины пациентов всех возрастных и гендерных групп дали удовлетворительную оценку состоянию городского здравоохранения. В то же время наводит на размышление значительный удельный вес респондентов среднего и пожилого возрастов, оценивших состояние здравоохранения как плохое (15,9% и 18,8% в среднем возрасте; 20,8% и 18,7% соответственно в пожилом). При этом данный показатель достоверно низок в подгруппе мужчин старческого возраста – 2,2%, по сравнению с пожилыми мужчинами ($p = 0,004$), мужчинами среднего возраста ($p = 0,039$) и женщинами своего возраста (12,9%, $p = 0,049$), что вероятно связано, как было указано выше, с большим количеством в этой подгруппе респондентов, имеющих высокий льготный статус, в связи с чем этой группе больных чаще проводят диспансеризацию на дому, вменяют в обязанность регулярное ежемесячное профилактическое посещение участковым терапевтом и узкими специалистами и т.д. Также высок удельный вес респондентов (около 20%), которые затруднились ответить на этот вопрос.

Оплачивает медицинские услуги при лечении АГ более половины исследуемых респондентов всех возрастных групп, за исключением женщин старческого возраста, доля которых составляет 38,7%; а женщины среднего возраста оплачивают эти услуги достоверно чаще – 81,3%, чем женщины пожилого (53,7%, $p = 0,0001$) и старческого возрастов ($p = 0,001$). При этом значительная часть пациентов оплачивают медицинские услуги «неофициальным путем»; достоверно чаще таким методом пользуются пациенты

Рис. 4. Сравнительная характеристика оплаты медицинских услуг (%).



Примечание:

- * критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 1-й и 2-й групп;
- ** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 2-й и 3-ей групп;
- *** критерий достоверности ($p < 0,05$) между пациентами 3-й и 1-й групп.
- **** критерий достоверности ($p < 0,05$) внутри группы по полу.

с АГ среднего возраста, по сравнению с пожилыми мужчинами ($p=0,043$) и женщинами ($p=0,009$); мужчинами ($p=0,030$) и женщинами ($p=0,002$) старческого возраста.

Проведенный нами анализ показал, что более половины респондентов оплачивающих медицинские услуги (78,6% пациентов 1-й группы, 63,2% 2-й группы и 59,7% 3-й группы), проживает в составе семейной группы, что обеспечивает им более высокую платежеспособность.

Считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной 84,4% мужчин старческого возраста, против 67,5% мужчин пожилого и 52,3% среднего ($p < 0,05$ между возрастными группами). Среди женщин отмечаются аналогичные показатели: 77,4% пациентки старческого возраста, 69,4% пожилого и 50,0% среднего возраста ($p < 0,05$ между возрастными группами).

Никогда не пользовались услугами частных медицинских центров 37,7% мужчин пожилого возраста, 48,9% старческого и 34,1% среднего возраста. Доля женщин, не пользовавшихся услугами частных медицинских центров сопоставима: 48,4% старческого, 38,8% пожилого и 26,6% среднего возрастов (что достоверно ниже, чем в старческом, $p=0,011$). Как видно из данных показателей, с возрастом количество лиц, пользующихся негосударственной медицинской помощью, падает.

Не могут позволить себе частные медицинские услуги по финансовым причинам 13,3% мужчин старческого, 15,6% пожилого и 22,7% среднего возраста, а также 21,0% женщин старческого, 36,6% пожилого (что достоверно выше, $p=0,029$ по сравнению как с женщинами старческого возраста, так и внутри группы, $p=0,001$) и 28,1% среднего возрастов.

Из тех, кто пользуется услугами частных медицинских центров, но при этом вынужден значительно сокращать другие статьи своих расходов, удельный вес мужчин во всех группах был сопоставим - старческого - 24,4%, пожилого - 27,3% и среднего - 22,7%; а доля женщин пожилого возраста (17,9%) была достоверно ниже, чем женщин среднего возраста (37,5%, $p=0,003$) и ниже, чем женщин старческого (29,0%) возраста.

Несмотря на оплату медицинских услуг, поддерживают развитие частной (платной) системы здравоохранения 20,5% мужчин и 29,7% женщин среднего возраста, что достоверно выше, чем у мужчин и женщин (4,4%, $p=0,022$ и 3,2%, $p=0,0001$ соответственно) старческого и женщин пожилого (11,2%, $p=0,001$) возрастов, и также выше, чем у мужчин пожилого возраста и среднего возраста (11,3%).

Выводы. Таким образом, проведенное нами социологическое исследование пациентов с артериальной гипертензией показало, что среди лиц пожилого и старческого возраста определяется высокий удель-

— наука и практика —

ный вес респондентов, проживающих отдельно от детей и внуков, а также большой процент (48,5% и 71,0%) вдовствующих женщин, что негативно влияет на течение АГ и ухудшает прогноз заболевания.

Жилищные условия у пациентов старших возрастных групп являются удовлетворительными, однако среди мужчин пожилого возраста преобладают малообеспеченные, что связано с выходом на пенсию, слабой финансовой помощью со стороны детей и внуков (32,8%) и необходимостью самостоятельно нести семейное бремя расходов.

Более 3/4 пациентов пожилого и старческого возрастов с АГ удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной; в то же время около 50% больных приходится оплачивать лечение АГ, при этом большинство тех, кто оплачивает лечение, проживает совместно с детьми и внуками. В результате такой помощи со стороны семьи пациенты получают больший объем диагностического обследования, возможностей контроля за своим состоянием и, как результат, — снижение частоты осложнений АГ (мозговых инсультов, инфарктов миокарда, хронической почечной недостаточности и т.д.), улучшение прогноза заболевания, уменьшение инвалидизации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аарва П., Ильченко И., Шеек О. Удовлетворенность населения Тюмени и Липецка услугами поликлиник // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. – 2007. – №5. – С. 13-21.
2. Антонова, Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов / Н.Л. Антонова // *Социология медицины*. – 2007. – №1. – С. 39-41.
3. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Семейная медицина: закономерности формирования здоровья сельских семей (Перспективные когортные исследования). – Новосибирск: Наука, 2010. – 296 с.
4. Белоконь О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002-2006 гг.) // *Клиническая геронтология*. – 2008. – № 4. – С. 11-20.
5. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – 256 с.
6. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // *Социология медицины*. – 2006. – №2. – С. 24-31.
7. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // *Успехи геронтологии*. – 2009. – Т. 22, №1. – С. 49-59.

УЧАСТИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ POPULAR



Корольков О.Ю.

АВТОРЫ

**Корольков О.Ю.¹,
Грицан Г.В.^{1,2}**

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»
2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

В 2014 году отделению анестезиологии поступило предложение об участии в исследовании POPULAR, которое проводится под эгидой Европейского Общества Анестезиологов (ESA). Европейское проспективное мультицентровое наблюдательное исследование POPULAR направлено на изучение постнаркозных легочных осложнений после использования миорелаксантов.

Миорелаксанты являются важным и регулярно используемым элементом общей анестезии.[1] Они предотвращают непроизвольные движения пациента и обеспечивают условия для эффективной и атравматичной интубации трахеи, способствуют уменьшению количества случаев ятрогенной травмы гортани. Однако послеоперационная остаточная кураризация, т.е. продленное действие миорелаксантов после окончания операции и анестезии, является существенным осложнением общей анестезии.

Сообщается, что примерно у 30% всех пациентов, получающих миорелаксанты, выявляются признаки послеоперационной остаточной кураризации после перевода в палаты пробуждения.[2-3] Это приводит к увеличению частоты легочных осложнений сразу после анестезии.[4]

В целом послеоперационные легочные осложнения являются одной из основных причин роста послеоперационной заболеваемости и смертности, а также увеличивают продолжительность пребывания на больничной койке (исследование-перископ[5]).

Гипотеза исследования POPULAR заключалась в том, что неправильные подходы к использованию, мониторингу и реверсированию миорелаксантов увеличивают уровень внутрибольничных послеоперационных легочных осложнений и продлевают пребывание в больнице.

Главный исследователь – профессор Манфред Лобнер (клиника анестезиологии технического университета в Мюнхене), координатор исследования в ESA – Бриджит Лева.

После согласования с кафедрой анестезиологии-реанимации ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» было принято положительное решение об участии в этом исследовании. Национальным координатором исследования в России назначен профессор Лихванцев В.В., локальным координатором в г. Красноярске – профессор Грицан

— наука и практика —

А.И. Главные исследователи: старший ординатор отделения анестезиологии-реанимации Олег Юрьевич Корольков, заведующая отделением ОРИТ № 2 Галина Викторовна Грицан.

2 декабря 2014 года был пройден локальный этический комитет.

22 декабря в ESA предоставлен список всех необходимых документов, а также письмо, подтверждающее участие в исследовании.

Протокол исследования и все необходимые формы (форма сбора данных, информация об исследовании, форма информированного согласия) были переведены на русский язык.

Далее был определен период набора пациентов. Согласно протоколу исследования, набор пациентов осуществляется в четырнадцатидневный период, устанавливаемый коллективом исследователей.

Пациенты, не попавшие в критерии исключения, наблюдаются интраоперационно, а затем в течение ближайших трех дней и на 28-й день после операции.

В форме № 1 сбора данных учитывались физические, анамнестические данные пациента, лабораторные показатели, характер и длительность оперативного вмешательства, тип и дозы вводимых миорелаксантов, тип и дозы реверсирующих агентов и др. показатели.

В последующие три дня проводилось динамическое наблюдение за больными, в ходе которого отслеживалось наличие или отсутствие послеоперационных легочных осложнений. Результаты заносились в форму послеоперационного наблюдения. На 28-й день после оперативного вмешательства в соответствующей форме отмечался статус пациента (выписан, умер, находится в стационаре), а также развитие легочных осложнений в период между третьим и 28-м днями после операции.

В период с 16.02.2015 по 02.03.2015 в нашей клинике произведен сбор данных о 54 пациентах, согласившихся принять участие в исследовании и не попавших в критерии исключения. В сборе данных принимали участие доктора отделения анестезиологии-реанимации, а также клинические ординаторы кафедры. В последующие два месяца проводилась обработка материала и внесение данных в электронные базы ESA. После завершения внесения данных координаторам ESA отправлено информационное письмо о завершении исследования.

Все участники данного исследования приглашены на встречу, которая состоялась во время проведения

Европейского съезда анестезиологов 1 июня 2015 года в городе Берлине.

После обработки материала результаты исследования будут опубликованы в ведущих Европейских журналах по анестезиологии-реаниматологии с указанием всех участников исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fink H, Geldner G, Fuchs-Buder T, Hofmockel R, Ulm K, Wallek B, Blobner M: Muskelrelaxanzien in Deutschland 2005: Ein Vergleich zwischen den Anwendungsgewohnheiten in Krankenhäusern und Praxen. *Der Anaesthetist* 2006, 55(6):668-678.
2. Viby-Mogensen J, Chraemer Jorgensen B, Ording H: Residual Curarization in the Recovery Room. *Anesthesiology* 1979, 50:539-541.
3. Debaene B, Plaud B, Dilly MP, Donati F: Residual paralysis in the PACU after a single intubating dose of nondepolarizing muscle relaxant with an intermediate duration of action. *Anesthesiology* 2003, 98(5):1042-1048.
4. Murphy GS, Szokol JW, Marymont JH, Greenberg SB, Avram MJ, Vender JS: Residual neuromuscular blockade and critical respiratory events in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg* 2008, 107(1):130-137.
5. Canet J, Hardman J, Sabate S, Langeron O, Abreu MG, Gallart L, Belda J, Markstaller K, Pelosi P, Mazo V: PERISCOPE study: predicting post-operative pulmonary complications in Europe. *European journal of anaesthesiology* 2011, 28(6):459-461.

— из истории одного отделения —

ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ БСМП

АВТОРЫ

**А.А. Любченко^{1,2},
Г.М. Зайцева¹,
И.Б. Червяков¹,
О.Ю. Корольков¹,
С.И. Ростовцев^{2,1},
М.А. Ворчак¹**

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»
2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»



Во второй половине XX века в нашей стране стала активно развиваться служба анестезиологии-реанимации. Существующая реальность в обеспечении защиты пациентов при хирургических операциях, серьезно влияющая на конечный результат лечения, необходимость развития квалифицированной экстренной помощи при различных критических состояниях обусловила появление групп, а затем и отделений анестезиологии и реанимации.

В Красноярском крае процесс становления службы анестезиологии-реанимации датируется 1958 годом, когда в ККБ № 1 была организована первая анестезиологическая группа. Впоследствии, в 60-х годах, появились анестезиологические службы в ГКБ № 20 г. Красноярск, в Норильске, Дудинке, Канске, Черногорске и других городах края.

В становлении службы анестезиологии-реанимации Красноярского края принимали активное участие в 50-80 гг. А.Н. Ермохин, В.О. Ротачев, Ф.А. Пономарева, Р.Г. Алехина, В.А. Пугонин, Э.В. Городнев, А.Н. Коваленко, В.К. Шнейдер, И.П. Назаров, А.П. Колесниченко, В.Е. Грушевский, Л.А. Дьяконова, Р.И. Ивченко, М.А. Сажина, А.В. Яницкий, Б.Г. Замощик, А.А. Светоч, И.Г. Розентул, А.М. Залетов, А.В. Берлинец, А.А. Маслов, Ю.Н. Ку克林, В.И. Пругов, А.Е. Маньковский, Ю.С. Дмитриев и многие другие.⁽¹⁾

Отделение анестезиологии и реанимации в ГСМП г. Красноярск на 6 коек открылось в декабре 1974 года. Первым заведующим отделением стал Ротачев В.О. Первыми врачами анестезиологами-реаниматологами работали Зайцева Г.М., Можяева И.П., Белолипецкая О.А., Головин В.С., Левочкина В.П., Маричева Э.В., Медведь А.К., Симановский Ю.Г., Колоколова Л.А., Медведев Э.С., Жеребцов

— из истории одного отделения —

В.П., Пфейфер Н.В., Пашенко В.П., Глушков И.Б., Иовщик В.И., Юшкова А.В., Руднева Т.А., Куцело Б.Р., Гудыма Н.М. и др. Первые медсестры-анестезисты: Гербыш Г.Т., Чупина Л.Н., Ахметшина С.П., Гуляева А.Д., Сорокина Л.А., Батина Л.Д., Зенькова Т.А., Кадач Н.Г., Перминова М.Л., Глушкова Н.В. и др.

С 1976 по 1980 гг. заведовала отделением анестезиологии и реанимации Зайцева Г.М., которой в 2014 году было присвоено звание заслуженного врача РФ!

Отделение в течение нескольких лет являлось клинической базой КГМИ, где в разное время работали к.м.н. И.П. Назаров, к.м.н. В.Е. Грушевский, к.м.н. Г.А. Чухров, к.м.н. А.П. Колесниченко.



По решению Красноярского горздравотдела в связи с необходимостью улучшения анестезиолого-реанимационной помощи, оказываемой в БСМП, в декабре 1980 года отделение анестезиологии и реанимации было разделено на отделение анестезиологии и отделение реанимации и интенсивной терапии (2).

Первой заведующей отделением анестезиологии стала Зайцева Галина Михайловна. Она проработала в этой должности 16 лет – до 1997 года. Первые врачи отделения: Белолипецкая О.А., Юшкова А.В., Левочкина В.П., Маричева Э.В., Медведев Э.С., Глушков И.Б., Ремизова В.Н., Лазуткин В.С., Леонов Л.Г., Медведков Ю.В., Иовщик В.И., Шамраев С.В., Шандыбаев А.З. Первые медицинские сестры-анестезисты отделения: Батина Л.Д., Сорокина Л.А., Зенькова Т.А., Щеглакова Л.А., Глушкова Н.В., Кадач Н.Г., Петецкая М.А., Гуляева А.Д., Ахметшина С.В., Альберг Л.А., Заложук З.А., Иванова Л.Н., Бахова Н.Л.

За эти годы персонал отделения увеличился более чем в два раза, укреплялась материально-техническая база: количество хирургических отделений достигло

— из истории одного отделения —



12-ти, число операционных – 18-ти, соответственно, увеличилась нагрузка на службу анестезиологии. За эти годы количество анестезий возросло с 4500 до 11 000 в год, изменилась структура анестезий.

Бесценную помощь в работе оказывали и оказывают медицинские сестры-анестезисты: Глушкова Н.В., Ахметшина С.П., Кадач Н.Г., Зенькова Т.А., Гульятеева А.Н., Стрижнева Н.Г., Буйко И.Г., Ничипоренко В.В., Петецкая М.А., Ильина М.Г., Адамович Г.Н., Олейник О.И., Ажиев А.У., Бобрович А.В., Гудименко О.В., Шандала Н.Н., Эйхо Ю.В., Ворчак М.А., Бурцева Л.К., Кончиц А.А., Новикова А.В., Тихомирова С.Б., Полтева А.С., Подковырина Л.Г. и др.

Старшими медсестрами отделения анестезиологии-реанимации работали Альберг Л.А., Батина Л.Д., Глушкова Н.В., Петецкая М.А., Ильина М.Г. и Ворчак М.А. (с 2007 года по настоящее время).

Наряду с оказанием плановой и экстренной анестезиологической помощи населению Красноярска и края персонал отделения участвовал в становлении и воспитании многих и многих молодых анестезиологов.

Анестезистами в нашем отделении начинали свою трудовую медицинскую деятельность Коган А.Б. (главный врач КМКБСМП им. Н.С. Карповича), Войтович М.Ю. (врач-хирург 2-го хирургического отделения КМКБСМП им. Н.С. Карповича), Теплых Б.Н. (к.м.н., зав. отделением анестезиологии и реанимации № 1 Национального медико-хирургического Центра имени Н.И. Пирогова), Медведев А.Ю. (врач-анестезиолог), Маслова Г.Н. (врач-анестезиолог), Маслова И.Г. (врач-анестезиолог), Кириянов А.Б. (врач-хирург), Лоншаков С.В. (врач-хирург), Пругов П.В. (к.м.н., врач-анестезиолог), Краснов В.А. (врач-анестезиолог), Кульба С.Н. (врач-анестезиолог).

В 1997-1999 гг. заведующим отделением был Минеев А.Ю. В эти годы в отделение пришел работать врачом-дежуром ассистент кафедры анестезиологии № 2 КГМА А.И. Грицан. И отделение, после довольно длительного перерыва, вновь стало клинической базой КрасГМА.

— из истории одного отделения —

В 1999-2009 гг. в должности заведующего отделением трудился В.С. Емельяшин, который многое сделал для оптимизации работы и увеличения штатного расписания дежурной анестезиологической бригады.

С июля 2009 по январь 2013 гг. отделением анестезиологии-реанимации заведовал к.м.н., доцент Любченко А.А., способствовавший с 2003 года укреплению материально-технической базы отделения, улучшению условий труда и отдыха персонала, внедрению новых анестезиологических технологий; привлечению отделения в качестве клинической базы Кафедры анестезиологии и Кафедры неотложной медицины КрасГМА – КрасГМУ.

С февраля 2013 года заведует отделением И.Б. Червяков, который начал свою врачебную деятельность врачом-интерном отделения анестезиологии-реаниматологии ГКСМП в 1994 году.

В настоящее время перед коллективом отделения стоят сложные задачи обеспечения анестезиологической помощи и сохранения кадров в новых экономических условиях.

Всего с 1981 по 2015 годы в отделении работали, проходили специализацию, интернатуру, ординатуру, аспирантуру несколько сотен врачей. Штатными работниками отделения в эти годы были (многие остаются и сегодня) анестезиологи-реаниматологи Войналович А.М., Капкан Т.Ю., Луценко М.В., Годунов А.В., Черноусов А.Н., Буйко Е.Г., Медведев Б.Ю., Кульба С.Н., Поздеева И.Н., Янковский Р.В., Савченко И.А., Ваккер С.И., Копылов Р.В., Корчинская С.В., Корчагин А.А., Корольков О.Ю., Переплетчикова Н.В., Скатов Б.В., Куликов О.Б., Таджибаев Ф.Л., Мотов И.В. и другие.

Наши врачи-ветераны: Зайцева Г.М., Белолипецкая О.А., Юшкова А.В., Шамраев С.В. Каждый из них трудится в отделении с момента его образования в 1981 году и каждый помог в лечении и возвращении к жизни многих тысяч пациентов. Общий рабочий стаж наших заслуженных ветеранов составляет более 150 лет!

Первые помощники врачей – медсестры-анестезисты, наши заслуженные ветераны: Сорокина Л.А., Зенькова Т.А., Щеглакова Л.А., Козлова (Стрижнева) Н.Г., Бахова Н.Л., их общий трудовой стаж в отделении приближается к 200-м годам!

В настоящее время врачами-совместителями, врачами-дежурантами в отделении и кураторами служб анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии ГКСМП работают д.м.н., проф. Грицан А.И., д.м.н., доц. Ростовцев С.И., д.м.н., проф. Попов А.А., д.м.н., проф. Попова Е.А., ассистент Попова М.А.

Отделение остается клинической базой Кафедры анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой проф. Грицан А.И.) и Кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО (зав. кафедрой д.м.н., доцент Штегман О.А.) КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (ректор – проф. Артюхов И.П.).

В 2003 году в Санкт-Петербурге была защищена первая в больнице кандидатская диссертация по анестезиологии и реаниматологии (Любченко А.А.).

Врачи отделения являются участниками международных исследований под эгидой Европейского общества анестезиологов (2011, 2013, 2015 гг. – гл. координатор проф. Грицан А.И., координаторы: д.м.н., доцент Грицан Г.В., д.м.н., доцент Ростовцев С.И., к.м.н., доцент Любченко А.А., Корольков О.Ю.). Также анестезиологи постоянно участвуют в конференциях, конгрессах, съездах, симпозиумах, школах, мастер-классах и семинарах анестезиологов-реаниматологов.

На XIV съезде Федерации анестезиологов и реаниматологов РФ в Казани (2014

— из истории одного отделения —

г.) в конкурсе стендовых докладов доклад Королькова О.Ю. с соавтором занял первое место.

Врачи отделения на протяжении всего времени активно внедряют современные методы анестезиологического пособия у различных категорий хирургических больных. Одними из первых в крае стали участвовать в эндовидеохирургических операциях на органах брюшной полости и мочевыделительной системы.

Первыми в Красноярском крае начали обеспечивать анестезиологические пособия при артроскопических операциях на коленном, плечевом, локтевом и голеностопных суставах; при операциях тотальной артропластики коленного и тазобедренного суставов; при интрамедуллярном остеосинтезе трубчатых костей с фиксацией стержней, при вентральном сегментарном корригирующем спондилодезе с применением эндофиксаторов при переломах грудно-поясничного перехода, галофиксации при хирургическом лечении нестабильных повреждений верхне-шейного отдела позвоночника.

Одними из первых в крае освоили методику применения современного ингаляционного анестетика севофлана в схеме комбинированной анестезии.

Впервые освоена и внедрена в повседневную работу продленная эпидуральная анальгезия в интра- и послеоперационном периоде с помощью одноразовых микропомп. Данные мероприятия позволяют обеспечивать более адекватный уровень анальгезии в периоперационный период, способствуют сокращению пребывания больных в реанимационном и профильных отделениях и ранней активации и адаптации пациентов.

Успешно применяется анестезиологическое обеспечение больных при ангиографиях и стентировании сосудов в различных анатомических областях (сосуды сердца, головного мозга и др.) в кабинете рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

Долгие годы квалифицированно обеспечиваются анестезиологические пособия в нейрохирургии, где, учитывая стабильно возрастающие технические возможности, проводятся сложнейшие нейрохирургические вмешательства, требующие соответствующего уровня анестезиологической защиты пациентов.

Таким образом, в больнице создана своя школа анестезиологов-реаниматологов, умеющих четко и грамотно действовать во всех критических ситуациях в специфических условиях уникальной Красноярской клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича.

За годы работы персоналом отделения анестезиологии-реанимации выполняются все поставленные задачи по обеспечению анестезиологической защиты пациентов, поступающих в экстренном и плановом порядке.

Зайцева Г.М. и Медведев Э.С. награждены премией имени Р.Г. Алехиной за заслуги в области анестезиологии-реаниматологии.

В 2013 году отделение признано лучшим отделением анестезиологии-реаниматологии в Красноярском крае.

У коллектива отделения анестезиологии-реанимации впереди много новых дел.

ЛИТЕРАТУРА

1. И.П. Назаров. Становление и развитие анестезиолого-реанимационной службы (А и Р) ККБ № 1 и края / Красноярск Первая краевая № 1. 1998.-36 с.:ил.
2. И.П. Артюхов, Ю.С. Винник, А.Б. Коган, В.А. Анишин, О.В. Теплякова. История хирургии Енисейской губернии и Красноярского края в XX-XXI веках / Красноярск: ООО Версо, 2010. – 336 с.:ил.

СТАНИСЛАВ ИГНАТЬЕВИЧ СТАРОДУБЦЕВ. ОН БЫЛ ЧЕЛОВЕКОМ СЛОВА...



АВТОР

Зимина Т.А.¹

*1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

Станислав Игнатьевич Стародубцев родился 19 марта 1941 года в городе Ачинске Красноярского края. Жизнь этого человека необычайно ярка и многогранна.

Этот очерк не только об одной удивительной жизни. Это очерк о человеке, который действительно остался в памяти всех, кто его знал, навсегда.

Свою трудовую деятельность выпускник медицинского института начал в 1966 году с должности врача-реаниматолога городской больницы № 1.

В 1974-м Станислав Игнатьевич волею судеб оказался в Украинской Советской Социалистической Республике, где трудился и набирался практического опыта

Из воспоминаний коллег: «Главное в Станиславе Игнатьевиче было умение слушать и слышать подчиненных...»

— золотой фонд БСМП —



в отделении анестезиологии и реанимации Макеевской рудничной больницы. В сентябре 1980 года вернулся в Красноярск и по приглашению коллег был принят врачом-реаниматологом в больницу скорой медицинской помощи. Николай Семенович Карпович обратил внимание на хваткого, энергичного доктора и предложил Станиславу Игнатьевичу возглавить отделение реанимации. Так в декабре 1980 года он стал заведующим. Работы хватало. Больница новая, коллектив молодой, приходилось трудиться не покладая рук.

Из воспоминаний Зайцевой Г.М.: «Я убеждена, что в сложные времена Станислав Игнатьевич «вытащил» больницу из кризиса».

В 1982 году Станислав Игнатьевич Стародубцев был назначен на должность заместителя главного врача по лечебной работе БСМП – одной из крупнейших больниц Красноярска. Благодаря своей активной жизненной позиции в 1985 году он избирается депутатом районного Совета народных депутатов Октябрьского района. Это открыло новые возможности для решения проблем учреждения и его коллектива.

Станислав Игнатьевич никогда не был равнодушен к просьбам и чаяниям людей. Всегда старался протянуть руку помощи или подставить плечо. Его напористость и профессионализм притягивали людей. А умение слушать и слышать давали уверенность в возможности решения проблем.

В 1987 году, после перехода на другую работу Николая Семеновича Карповича, коллектив больницы избрал Станислава Игнатьевича главным врачом. Было не просто. Менялись люди, менялась страна. Надвигались непростые времена. Но он выдержал, сохранил коллектив и сумел в сложных экономических условиях наращивать материально-техническую базу стационара. Открывались новые отделения, внедрялись новые технологии. Рядом трудилась команда единомышленников, близких по духу людей. Бывало разное, порой опускались руки, но желание сделать больницу лучше помогало идти вперед, преодолевая все трудности.

— золотой фонд БСМП —



Впоследствии Станислав Игнатьевич становится депутатом Законодательного собрания Красноярского края и возглавляет постоянную комиссию по здравоохранению и экологии. Этот замечательный человек внес огромный вклад не только в развитие больницы скорой медицинской помощи, но и в целом в систему здравоохранения края.

Без преувеличения можно сказать, что проектирование и строительство приемно-диагностического корпуса стационара в последний год стало для него главным делом. За свою трудовую деятельность и вклад в развитие системы здравоохранения города Красноярск Станислав Игнатьевич Стародубцев награжден «Знаком Отличия за заслуги перед городом Красноярском». Но, пожалуй, наиболее значимым и по-настоящему бесценным стало присвоение ему почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

*Друзья уходят как-то невзначай,
Друзья уходят в прошлое, как в память.
И мы смеемся с новыми друзьями,
А старых вспоминаем по ночам...*



— золотой фонд БСМП —

БОРИС ЗАХАРОВИЧ КОГАН

АВТОРЫ

**Любченко А.А.^{1,2},
Любченко-мл. А.А.³**

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

2. ГБОУ ВПО «КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

3. ФГАОУ ВПО «Сибирский
федеральный университет» —
Институт филологии и языковых
коммуникаций



Борис Захарович Коган родился в Харбине (КНР) в 1941 году. Вскоре семья переезжает в Минусинск, где в тяжелое военное и послевоенное время проходит детство будущего известного травматолога. После окончания в 1958 году Минусинской школы № 3 Борис Коган поступает на лечебный факультет Красноярского государственного медицинского института. Годы напряженной учебы удается совмещать с работой на скорой помощи.

В 1965 году, после успешного окончания КГМИ, Борис Захарович 9 лет работал травматологом в городской больнице № 1 г. Красноярска. Потом, как многие врачи тогда, был приглашен в построенную в 1973 году больницу скорой медицинской помощи. Борис Захарович Коган отработал в БСМП

— золотой фонд БСМП —

двадцать один год, сначала заведовал вторым травматологическим отделением, потом стал заместителем главного врача по хирургии, проработав в этой должности 16 лет.

Считает себя учеником Николая Семеновича Карповича. Вместе с главным врачом всегда был на работе уже в полседьмого утра. Сначала обходы в реанимации, а потом планерка дежурной смены, и уже с самого утра в курсе всех событий в больнице. Порядок был железный.

Б.З. Коган первым в Красноярске начал оперировать переломы конечностей по методике проф. Г.А. Илизарова, что на тот момент было, как сейчас говорят, высокотехнологичной методикой.

Второе травматологическое отделение БСМП уже тогда было школой передового опыта, где внедрялись все новые технологии. Под руководством Когана выросло множество хороших травматологов, которые до сих пор работают в нашей больнице. А его ученик, заслуженный врач РФ В.И. Брюханов, вот уже 17 лет заведует вторым травматологическим отделением.

Всю свою трудовую жизнь Коган посвятил лечению больных, но все-таки главным всегда считал свою семью. Борис Захарович вместе со своей супругой Викторией Григорьевной в 2014 году отпраздновали золотую свадьбу. Выросли внуки. Растет правнучка.

С декабря 1996 по 2009 год Борис Захарович работал заместителем главного врача МСЧ № 9, а с 2009 года является главным врачом частной хирургической клиники. Несмотря ни на какие проблемы, Борис Захарович находит время для операций, для ежедневных приемов и консультаций больных.

Награжден почетным знаком «Отличник здравоохранения».

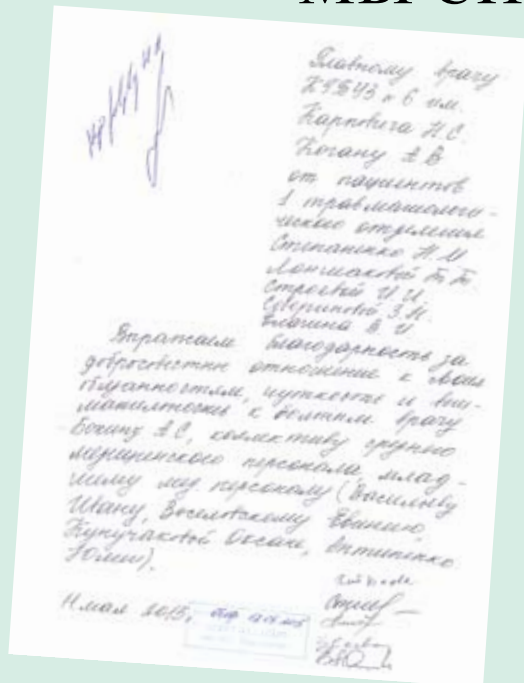
В 1997 году за безупречную многолетнюю работу удостоен почетного звания «Заслуженный врач РФ».

Всю свою трудовую жизнь Коган посвятил лечению больных, но все-таки главным всегда считал свою семью. Борис Захарович вместе со своей супругой Викторией Григорьевной в 2014 году отпраздновали золотую свадьбу. Выросли внуки. Растет правнучка.

Жена Бориса Захаровича Виктория Григорьевна Коган работает в нашей больнице сорок лет: сначала врачом-эндокринологом, а в последние годы врачом-экспертом. За успешный труд награждена почетным знаком «Отличник здравоохранения». Сын, Аркадий Борисович, из двадцати семи лет медицинской деятельности работает в БСМП 25 лет, последние шесть лет – главным врачом. Общий врачебный стаж семьи Коганов составляет 127 лет, причем 107 лет – в ГКБСМП им. Н.С. Карповича! И это еще не предел! Жизнь продолжается!

от всей души

СО ВСЕМИ НЕВЗГОДАМИ МЫ СПРАВИМСЯ



Выражаем благодарность за добросовестное отношение к своим обязанностям, чуткость и внимательность к больным врачу А.С. Бохину, коллективу среднего медицинского персонала, младшему медперсоналу (Ивану Васильеву, Евгению Веселовскому, Оксане Кунучаковой, Юлии Антипенко).

Пациенты 1 травматологического отделения
Степаненко Н.М., Лониакова Т.Т., Строева И.И.,
Северина З.Н., Елагина В.И.

11.05.2015

Уважаемый Аркадий Борисович!

Обращаются к Вам пациенты I ХО палаты №223. Мы не первый раз лечимся здесь и были приятно удивлены и очень обрадованы изменениями, происходящими в больнице, которой Вы руководите. Выражаем благодарность как руководителю за организацию работы такого мощного лечебного учреждения в наше непростое, сложное время.

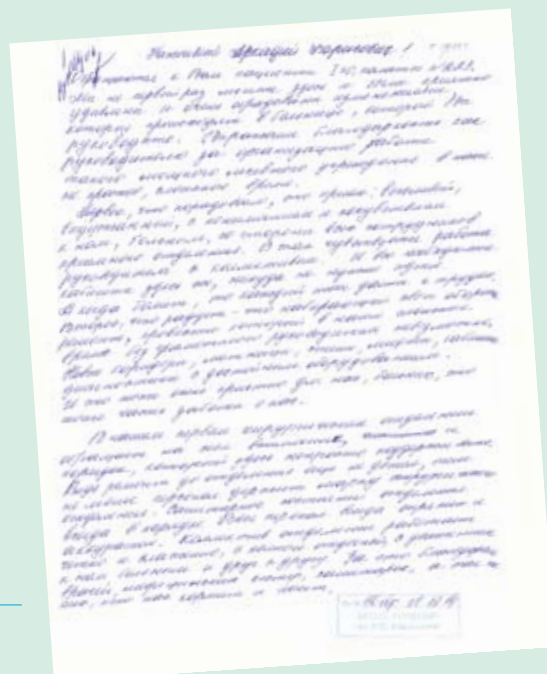
Первое, что порадовало, это прием: вежливый, выдержанный, с пониманием и сочувствием к нам, больным, со стороны всех сотрудников приемного отделения. В этом чувствуется работа руководителя с коллективом. И все необходимые кабинеты здесь же, никуда не нужно идти. А когда болит, каждый шаг делается с трудом. Второе, что радует, это набирающий свои обороты ремонт, провести который в наше сложное время без грамотного руководителя невозможно. Новые коридоры, лестницы, стены, лифты, кабинеты диагностики с

достойным оборудованием. И это тоже очень приятно для нас, больных, это тоже часть заботы о нас.

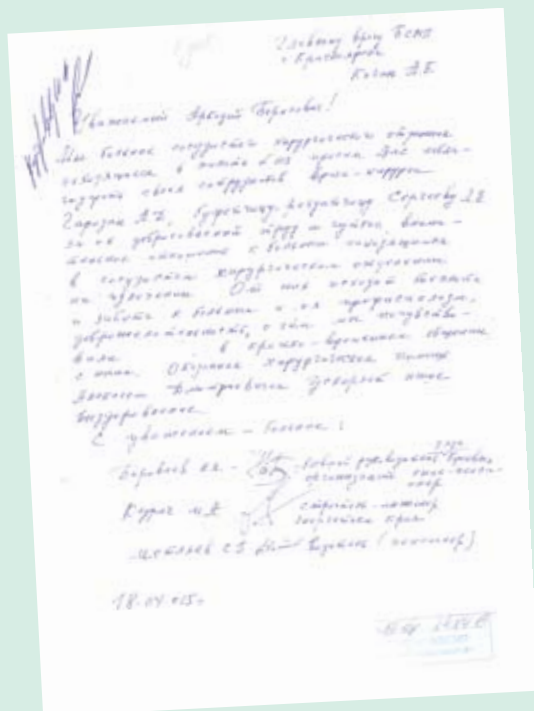
В нашем первом хирургическом отделении обращают на себя внимание чистота и порядок, которые здесь не просто поддерживать. Ведь ремонт до отделения еще не дошел, тем не менее персонал держит марку хирургического отделения. Санитарное состояние отделения всегда в порядке. Весь персонал всегда опрятен и всегда в порядке. Коллектив отделения работает четко и слаженно, с полной отдачей, с уважением к нам, больным, и друг другу. За это благодарим врачей, медицинских сестер, санитарок, а также тех, кто нас кормит и поит.

Но особые слова признательности мы хотим сказать нашему лечащему врачу Данилиной Елене Петровне. Ежедневно ровно в 7.30 утра она входит в нашу палату. И всегда внимательная, чуткая, заботливая, всегда в хорошем настроении. Елена Петровна – настоящий врач-профессионал, хирург, педагог, очень трудолюбивый человек и настоящий подвижник своего дела. Мы чувствуем, что работа врача для Елены Петровны – ее истинное призвание. Она лечит и выхаживает тяжелейших пациентов, практически даруя им второй день рождения. Желаем нашему замечательному доктору дорогой Елене Петровне крепкого здоровья, счастья, терпения, преданных друзей, понимающих коллег, умных учеников и благодарных пациентов. Пока есть такие врачи, как наша Елена Петровна, со всеми невзгодами мы справимся.

Благодарные Вам пациенты:
Дорофеев М.П., Скрипкина Ф.Н., Браун В.Н., Лемескина Е.И., Полубатанова Л.П., Левковская Г.Е.,
Джабуа И.М.



от всей души



Уважаемый Аркадий Борисович!

Мы, больные сосудистого хирургического отделения, находящиеся в палате № 113, просим Вас поблагодарить своих сотрудников: врача-хирурга А.Д. Гаризан, буфетчицу-раздатчицу Л.Е. Сергееву – за их добросовестный труд и чуткое, внимательное отношение к больным, находящимся в сосудистом хирургическом отделении на излечении. От них исходит теплота и забота к больным и их профессионализм, доброжелательность, это все мы почувствовали при кратковременном общении с ними. Оказанная хирургическая помощь Алексеем Дмитриевичем ускоряет наше выздоровление.

С уважением, больные
Боролев Н.Я., бывший руководитель
ряда краевых организаций, ныне пенсионер,
Курич М.А., инженер-строитель энергетики края,
Метляев С.П., водитель (пенсионер).

18.04.2015

Оказавшись в урологическом отделении, я сразу поняла, что попала в надежные руки.

Выражаю безмерную благодарность за высокий профессионализм, оперативность и внимательное отношение к больным заведующему отделением Окладникову Алексею Юльевичу, лечащему врачу Романенко Роману Александровичу.

Я желаю этим удивительным людям дальнейших успехов в их трудном, но таком благородном труде.

Мамавко Галина Леонтьевна
10.06.2015

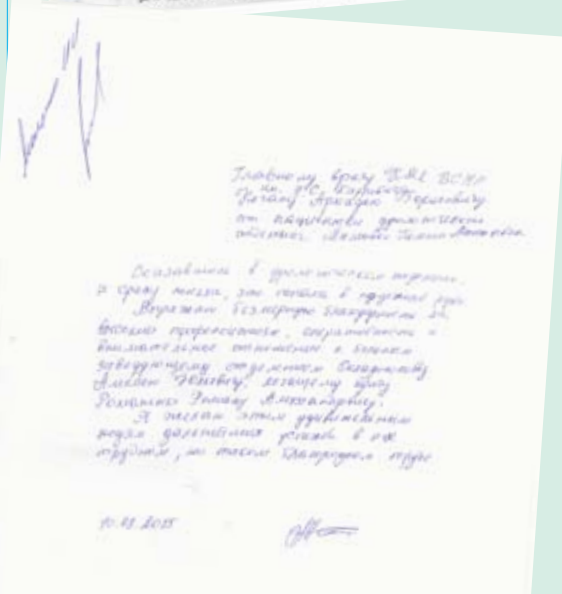
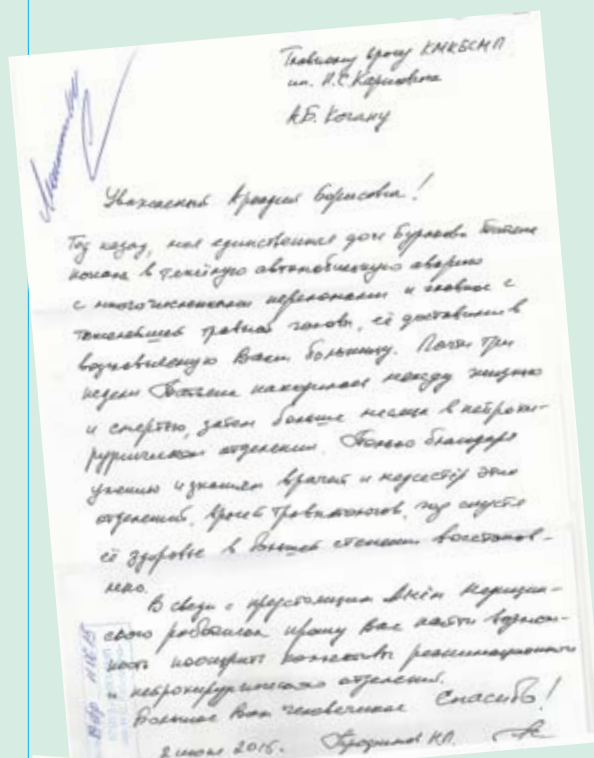
Уважаемый Аркадий Борисович!

Год назад моя единственная дочь Буракова Татьяна попала в тяжелую автомобильную аварию. С многочисленными переломами и, главное, с тяжелой травмой головы ее доставили в возглавляемую Вами больницу. Почти три недели Татьяна находилась между жизнью и смертью, затем больше месяца в нейрохирургическом отделении. Только благодаря умению и знаниям врачей и медсестер этих отделений, врачей травматологов год спустя ее здоровье в большей степени восстановлено.

В связи с предстоящим Днем медицинского работника прошу Вас найти возможность поощрить коллективы реанимационного и нейрохирургического отделений.

Большое Вам человеческое Спасибо!

02.06.2015
Трофимов Н.Л.



— случай из практики —

«НАШИ ЛУЧШИЕ ВКЛАДЫ – ЭТО НАША ПАМЯТЬ»

Случай из практики
Л.Н. Сифоркина

Каждый, кто работает либо работал в нашей больнице скорой помощи, обязательно хранит в памяти какие-то необыкновенные случаи, которые врезались в нее и время от времени напоминают о себе. А дело было так...

Обычный прием врача-физиотерапевта. Входит пациентка с забинтованной кистью (она из второго травматологического, только вчера перевели из реанимации). Разбинтовываем и видим... такой отек кисти, что футбольный мячик отдыхает! И как обычно: «Что случилось?» – «Автомобильная травма...»

Это были наши горячие 90-е годы.
Вот и встали оба у операционного
стола на свой страх и риск...

Сирена скорой... приемный покой... звонок ответственного хирурга профессору Роднянскому: «Кисть в лед и немедленно, санавиацией, в Москву!». Но оказывается, в эту смену также работали отец травматолог-хирург (в прошлом трудился на скорой помощи и сделал операцию

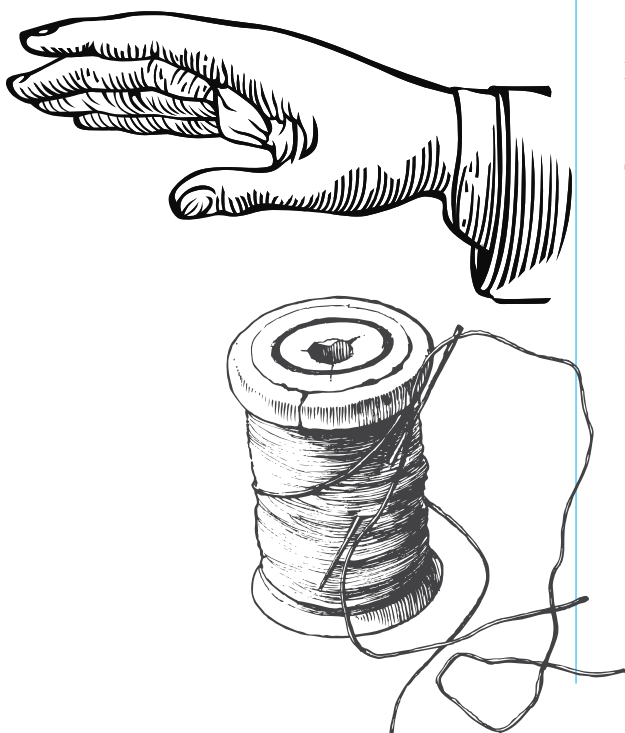
по ретрансплантации «оторванной» кисти) и сын-хирург, только что приехавший из Москвы, со специализации по сосудистой хирургии...

Это были наши горячие 90-е годы. Вот и встали оба у операционного стола на свой страх и риск. По согласованию с ответственным хирургом отец и сын и начали «пришивать» кисть. Поставленная цель была выполнена ювелирно! Так родилась фраза: «Наш внутренний спецназ». И никто в дальнейшем не имел права сработать хуже!

До сих пор эта пациентка трудится и всегда помнит своих врачей, которые сохранили ей жизнеспособность руки.

...Был еще случай, когда пришили большой палец отцу главного врача краевой больницы.

Все знают: если за дело взялись отец и сын Коганы – дело будет сделано качественно!



случай из практики



ПОЗДРАВЛЯЕМ
С ДНЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА!