



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Коган Аркадий Борисович:

**ГЛАВНОЕ, ЧТОБЫ ВРАЧИ
И МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПОНИМАЛИ:
ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
УРОВНЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАША ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА –
ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ ЧЕЛОВЕКУ**

стр. 12

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕДЕНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ,
ГЕМОСТАЗА, ГАЗООБМЕНА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ
С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

стр. 20

**ДЕСФЛУРАН КАК КОМПОНЕНТ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ
ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

стр. 22

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

— слово редактора —



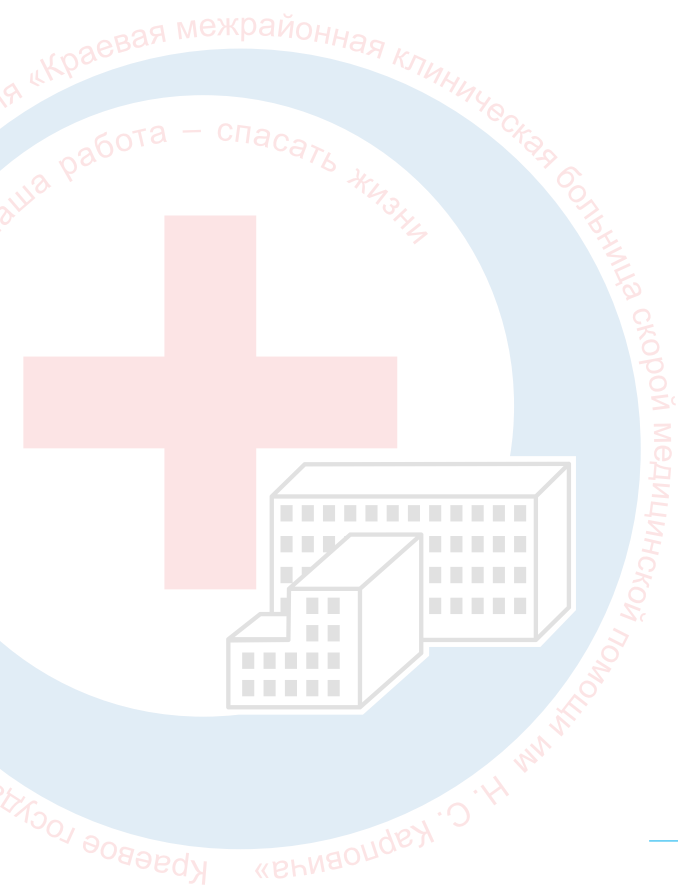
Коган А.Б.
Главный врач

*Уважаемые коллеги,
читатели нашего журнала!*

Представляем вашему вниманию третий номер журнала «БСМП». Приятно видеть, что интерес к нашему изданию повышается. Все больше текстов для печати приходит от работников больницы, появляются статьи от коллег из других учреждений и других городов России. Редакционной коллегии уже приходится выбирать материалы для размещения. Все это позволяет надеяться, что дальше будет еще лучше и еще интереснее.

В настоящее время мы вступаем в период завершения 2015 года. Он был для нас непростым, особенно по финансовым возможностям. Но в результате совместной работы с краевым министерством здравоохранения и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Красноярского края появились перспективы. Сейчас нужно сконцентрироваться и предельно внимательно, стараясь не допустить ошибок и промахов, достойно завершить 2015 год, выполнив в полном объеме и с надлежащим качеством медицинской помощи государственное задание, выплатив, без задолженности, всем сотрудникам заработную плату, рассчитавшись с контрагентами по своим обязательствам в хозяйственной деятельности.

Четвертый номер журнала будет итоговым в этом году, и в нем мы сможем сделать предварительные выводы о выполнении задач, поставленных на 2015 год, и запланировать свою деятельность на следующий год.



содержание

актуальное интервью О ХИРУРГИИ	стр. 7
новости	стр. 10
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕДЕНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ГЕМОСТАЗА, ГАЗООБМЕНА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	стр. 12 наука и практика
ДЕСФЛУРАН КАК КОМПОНЕНТ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	стр. 20 наука и практика
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	стр. 22 наука и практика
ВВЕДЕНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	стр. 24 наука и практика
О ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ КМКБСМП	стр. 29 наука и практика
ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА БАЗЕ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КРАСНОЯРСКА	стр. 32 наука и практика
ГРАФТИНГ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА	стр. 36 наука и практика
из истории одного отделения ANAMNES VITAE ВТОРОЙ ХИРУРГИИ	стр. 39
ТРАВМАТОЛОГИЯ ПРЕМИАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ	стр. 42 медицина и бизнес
АРАРАТ СУРЕНОВИЧ АРУТЮНЯН	стр. 44 золотой фонд БСМП
МАРИЯ ГРИГОРЬЕВНА СЕРЕБРЯКОВА. РУКИ, ИСЦЕЛЯЮЩИЕ НАС...	стр. 46 золотой фонд БСМП
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ	стр. 48 от всей души
НЕВЫДУМАННАЯ ИСТОРИЯ	стр. 50 случай из практики

Корпоративное
научно-практическое,
профессиональное
медицинское издание.
Адрес редакции:
660062, г. Красноярск,
ул. Курчатова, 17,
тел. (391) 246-94-33,
www.bsmp.sibmedport.ru

Учредитель:
Краевое государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича».
Главный редактор: Козан Аркадий
Борисович (главный врач).
Телефоны:
(391) 246-94-40 (стол справок),
(391) 246-93-45, (391) 246-93-42
(приемный покой).
Телефон доверия: (391) 246-94-23
(круглосуточно).

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

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

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

— знаменательные даты —

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

Коган Викторию Григорьевну,
врача-терапевта отдела контроля качества
медицинской помощи

Багрову Галину Васильевну,
медсестру кабинета учета
и медицинской статистики
организационно-аналитического отдела

Рыжкову Наталью Кузьминичну,
сторожа (вахтера) приемного отделения

Иванову Нину Васильевну,
санитарку приемного покоя
1-го инфекционного отделения

Силкину Любовь Владимировну,
санитарку клинко-диагностической
лаборатории

Золотухину Лидию Александровну,
врача-бактериолога бактериологической
лаборатории

Орлову Людмилу Константиновну,
врача-пульмонолога
пульмонологического отделения

Покатилову Эрну Яковлевну,
фельдшера-лаборанта
клинко-диагностической лаборатории

Захарову Надежду Дмитриевну,
лифтера

Соколова Виктора Николаевича,
врача-рентгенолога кабинета рентгеновской
компьютерной томографии отделения лучевой
диагностики №1

Кареву Марию Ефимовну,
ведущего экономиста
планово-экономического отдела

Богатыреву Валентину Семеновну,
шеф-повара пищеблока

Павлову Любовь Викторовну,
санитарку бактериологической лаборатории

Ноженко Ирину Владимировну,
медицинского технолога
клинко-диагностической лаборатории

Шумбасова Андрея Юрьевича,
врача-токсиколога отделения для больных
с острыми отравлениями

Ледневу Галину Васильевну,
медсестру палатную
3-го инфекционного отделения

Орел Лилию Геннадьевну,
врача-терапевта приемного отделения

Вырва Ирину Борисовну,
медицинского лабораторного техника
патологоанатомического отделения

Бугоенко Виктора Григорьевича,
слесаря-сантехника

Маркину Нину Ивановну,
уборщика служебных помещений
отдела профилактической дезинфекции

Пугину Ирину Александровну,
санитарку рентгенологического отделения

Кошелеву Наталью Васильевну,
медсестру палатную
стоматологического отделения

Володину Лилию Леонидовну,
медсестру палатную
урологического отделения

Сорока Геннадия Александровича,
плотника

Игнатова Сергея Михайловича,
сторожа (вахтера) пищеблока

— знаменательные даты —

Карюкину Надежду Леонтьевну,
врача-профпатолога приемного отделения

Кузьменко Алину Александровну,
врача функциональной диагностики
отделения функциональной диагностики

Тронину Елену Николаевну,
сестру-хозяйку
1-го инфекционного отделения

Борковец Дмитрия Васильевича,
заведующего хозяйством
административно-хозяйственного отдела

Карнаухову Светлану Ивановну,
рентген-лаборанта рентгенологического
отделения

Ежкову Ирину Юрьевну,
медсестру перевязочной
гинекологического отделения

Чирушина Олега Юрьевича,
начальник отдела
материально-технического
снабжения

Кутергину Елену Ивановну,
санитарку нейрохирургического отделения

Кожемякину Елену Назимовну,
врача-инфекциониста
1-го инфекционного отделения

Прокопчук Светлану Васильевну,
рентген-лаборанта
рентгенологического
отделения

**Карелину
Ольгу Аполлоновну,**
медсестру
по физиотерапии
физиотерапевтического
отделения

*Желаем юбилярам от души
Тепла, удачи, неба голубого,
Улыбок, солнца, радости, любви
И счастья в жизни самого большого!*



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

О ХИРУРГИИ



Маслов Сергей Геннадьевич,
заместитель главного врача по хирургии

Сергей Геннадьевич, что собой представляет современная хирургия?

В настоящее время медицина стремительно развивается во всех направлениях. Даже самый, пожалуй, классический ее раздел, хирургия, идет в ногу со временем. Внедряются новые методы, технологии, в том числе щадящие, развивается эндоскопическая хирургия, рентгенохирургия. Производится медицинское оборудование, которое позволяет проводить диагностику и операции, значительно повышая возможности спасения жизни людей и качество их дальнейшей жизни. Максимально расширены возможности врача профессионально развиваться и осваивать новые методы лечения. Постоянно проводятся научно-практические конференции, мастер-классы, вебинары, в том числе международные, результаты которых можно увидеть с помощью современных систем коммуникаций. Широко используются возможности телемедицины. Все это произошло у меня на глазах за время моей работы. Когда я начинал, из диагностических методов были только рентген и фиброгастроскопия.

Но, несмотря на то, что хирургия активно развивается, появляются все новые и новые взгляды на ту или иную проблему, ее классические принципы и правила остаются неизменными.

Расскажите подробнее о хирургической службе БСМП?

В структуре БСМП преобладает хирургическое направление: 505 коек из 930. Хирургическая служба больницы представлена 10 профильными отделени-

В настоящее время медицина стремительно развивается во всех направлениях. Даже самый, пожалуй, классический ее раздел, хирургия, идет в ногу со временем. Внедряются новые методы, технологии, в том числе щадящие, развивается эндоскопическая хирургия, рентгенохирургия. Производится медицинское оборудование, которое позволяет проводить диагностику и операции, значительно повышая возможности спасения жизни людей и качество их дальнейшей жизни.

— актуальное интервью —

ями: по два хирургических и травматологических, нейрохирургия, урология, гинекология, челюстно-лицевая, гнойная и сосудистая хирургии. Преимущество БСМП в том, что это больница «замкнутого» цикла – круглосуточно работают все подразделения (диагностические, лабораторные, лечебные отделения, оперблок, реанимация), в связи с чем не требуется переводить пациента в другие медучреждения на обследования или для получения иных видов помощи. Все мы делаем сами. В круглосуточном режиме для оказания экстренной помощи работают шесть операционных из 17. В больнице 150 врачей хирургических специальностей, их средний возраст – 44 года. В год выполняется 12,5 тыс. операций, в том числе эндоскопические; по некоторым направлениям их доля достигает 70%. За 9 месяцев 2015 года на 22% увеличилось количество экстренных операций по сравнению с таким же периодом 2014 года. Удельный вес экстренных операций увеличился

синтез пластинами и стержнями с блокированием малоинвазивными техниками и другие технологии. В рамках высокотехнологичной помощи (ВМП), а также по экстренным показаниям устанавливаются протезы тазобедренного, коленного суставов. План по ВМП в 2015 году установлен вдвое выше плана 2014 года и выполнен на 100% в течение полугода.

С 2012-го активно развиваются эндоваскулярные методики. Помимо основных технологий, определенных нам государственным заданием, мы выполняем ангиографию артерий мозга с исследованием коллатерального кровотока, эмболизацию аневризм головного мозга, эмболизацию артерий матки, стентирование почечных артерий, артерий таза, магистральных и периферических сосудов нижних конечностей при окклюзирующих поражениях (атеросклероз, сахарный диабет) с трофическими расстройствами, что позволяет сохранить конечность, уменьшить

С моей точки зрения, врач должен учиться всю жизнь – в институте, заниматься самообразованием, совершенствоваться на специализациях, перенимать опыт старших товарищей. Обязательно должно присутствовать постоянное стремление освоить что-то новое.

с 61,6% в 2014-м до 72,9 – в этом году.

Новый виток к активному развитию хирургии в БСМП дал наш руководитель – Аркадий Борисович Коган, врач-хирург, разумеется, высшей категории. Свежий взгляд, смелые решения – и результаты налицо.

В больнице осваиваются новые методы лечения, увеличивается доля лапароскопических операций в неотложной хирургии, таких как холецистэктомия, эндоскопическая аппендэктомия, эндоскопические операции при прободении полых органов.

В оказании экстренной травматологической помощи внедрены транспедикулярная фиксация перелома позвоночника, ламинарная фиксация, транскutánная (малоинвазивная) фиксация позвоночника, вертебропластика, кифопластика, стентирование перелома позвонка, передний межтеловой позвоночный спондилодез сетчатым имплантом (mesh) и синтетическим заменителем костной ткани, фиксация верхне-шейного отдела позвоночника галоаппаратом, спондилодез шейной пластины сетчатым имплантом (mesh) и синтетическим заменителем костной ткани, остео-

уровень ампутации. В БСМП проводятся: биопсия из желчных протоков, чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков, эндопротезирование желчных путей, транскюлярное порто-системное анастомозирование (ТИПС).

Хирурги БСМП усовершенствовали и внедрили принципиально новый способ дренирования желчных путей у онкобольных, у которых развивается механическая желтуха. Это улучшает качество жизни человека и позволяет подготовить пациента для радикальной операции. На метод получен патент.

В урологии выполняются уникальные пластические операции на уретре при ее стриктуре, с использованием пластического материала самого пациента.

Что касается нейрохирургии, то на базе больницы работает профессор А.А. Народов, выполняющий операции высокой категории сложности на головном мозге. Его профессионализм известен по всей стране и за ее пределами.

Реальность такова, что сейчас в нашей БСМП де-

— актуальное интервью —

лают такие операции, которые раньше можно было проводить только в Москве, в известных клиниках.

Что Вы можете сказать о молодых врачах? Достаточно ли у них знаний, умений?

Молодых врачей в БСМП достаточно много, и среди них достаточное количество таких, которые готовы отдаться профессии и уже стали высокопрофессиональными хирургами. С моей точки зрения, врач должен учиться всю жизнь — в институте, заниматься самообразованием, совершенствоваться на специализациях, перенимать опыт старших товарищей. Обязательно должно присутствовать постоянное стремление освоить что-то новое. В течение последних нескольких лет врачи БСМП получили возможность обучаться новым технологиям по всей России (Москва, Санкт-Петербург, Краснодар, Казань, Барнаул, Омск). Отправлять всех, конечно, возможности нет, но это и не нужно. Можно обучить одного человека, который, вернувшись, внедрит полученные знания в практику и поставит технологию на поток. Это уже широко используется в нашей больнице.

Какие задачи Вы ставите перед хирургической службой БСМП?

Конечно, основная задача — спасение жизни пациентов, улучшение ее качества. Помимо достижения установленных государством показателей качества медицинской помощи, в том числе хирургической, я бы выделил следующие задачи.

1. Адекватно проводить смену поколений — в каждом отделении должны работать как старшие врачи-профессионалы, так и молодежь, которая будет у них учиться.
2. Принципы постановки диагноза должны оставаться классическими — на основе жалоб, осмотра, анализа начала и течения заболевания. Объективные методы исследования (УЗИ, КТ и т.п.) должны быть вспомогательными.
3. Поддержание высокотехнологичных направлений в травматологии, рентгенохирургии, где результаты очевидны: снижение длительности пребывания в стационаре, ранняя социальная реабилитация.
4. Совершенствование материально-технической базы хирургической службы: приобретение современного высокотехнологичного медицинского оборудования, обеспечение его впоследствии расходными материалами. Программа модернизации здравоохранения дала нам большие возможности. Хирурги научились и хотят работать на более высоком уровне. Необходимо дать им эту возможность, что, безусловно, отразится на качестве медицинской помощи для пациентов.

В 2013 году больнице исполнилось 40 лет. За прошедшие годы многое изменилось — невозможно было решить все ресурсные проблемы Программой модернизации: материально-техническая база устаревает, изменяются требования к помещениям и оснащению больниц. Мы надеемся, что строительство нового хирургического корпуса, в котором разместятся оперблок на 15 операционных, приемный покой, реанимация, позволит нам поддерживать оказание медицинской помощи, прежде всего хирургической, но не только, на современном уровне.

Это то, что должно быть, то, к чему мы стремимся. К сожалению, реалии таковы, что, учитывая экономику сегодняшнего дня, я понимаю: говорить о приобретении нового современного медицинского оборудования, об обучении врачей за рубежом и приобретении новых дорогостоящих материалов для внедрения современных технологий достаточно смело. Думаю, что основная наша задача сейчас, несмотря на трудности, добиться поддержания достигнутого уровня технологий и методов лечения и все-таки стремиться к совершенствованию.

Установка нашего руководителя: «Главное, чтобы врачи и медицинские сестры понимали: вне зависимости от условий функционирования, уровня обеспеченности наша основная задача — помочь больному человеку».

Когда-то и Вы были молодым доктором. Расскажите о Ваших учителях.

БСМП — это «передовая». Статус больницы накладывает определенные обязательства на людей, которые здесь работают. Они просто должны быть профессионалами. В БСМП трудились люди, которые оставили след в истории больницы и города. Это заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Ю.М. Лубенский, профессор Р.А. Нихинсон, профессор М.И. Гульман, профессор Н.С. Дралюк, профессор О.Е. Нифантьев, профессор Н.И. Захаров, заслуженный врач РСФСР М.И. Лоншакова, М.А. Салимжанова и еще очень много достойных уважения и благодарности хирургов, с которыми мне довелось работать рука об руку. Некоторые трудятся и сейчас. Молодежь должна знать о них, гордиться ими и равняться на профессионалов.

БСМП — это «передовая».
Статус больницы накладывает определенные обязательства на людей, которые здесь работают.

новости

А ЕСТЬ И ТАКОЙ ПРАЗДНИК!



5 октября весь мир отметил Международный день врача.

Инициатором создания этого праздника и выбора даты празднования выступила Всемирная организация здравоохранения по инициативе общества «Врачи без границ». Это день активных действий, солидарности врачей всего мира, праздник людей, выбравших, пожалуй, самую гуманную профессию из всех существующих.

От всего сердца поздравляем всех врачей с этим праздником и, как водится, желаем крепкого здоровья!

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

На третьей Всероссийской конференции «Актуальные проблемы лечения транспозиции магистральных артерий», которая проходила в Красноярске на базе ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», была организована секция для специалистов сестринского дела – «Профилактика инфекционных осложнений в послеоперационном периоде».



В ее работе приняли участие старшие медицинские сестры отделений КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича». Очень хочется надеяться, что интересный опыт, приобретенный из докладов гостей на пленарных заседаниях, а также общение с коллегами из других регионов РФ за круглым столом принесут свои результаты.

ПОЧЕТ И СЛАВА ЛАУРЕАТУ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА!



В июне этого года под председательством первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна состоялось заседание Центральной конкурсной комиссии Всероссийского конкурса врачей.

Конкурс проходил в три этапа. На первом были определены победители в трудовых коллективах. Для проведения второго этапа федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и другими органами, в ведении которых находятся медицинские организации, были сформированы конкурсные комиссии, определившие лидеров конкурса на своем уровне. Окончательное решение на третьем, завершающем, этапе принимала Центральная конкурсная комиссия. На этот этап поступило 577 конкурсных работ победителей второго этапа конкурса из 43 субъектов Российской Федерации, представляющих шесть федеральных округов. Конкурсные работы были рассмотрены рабочими группами Центральной конкурсной комиссии, сформированными по 30 номинациям, а затем в комиссии обсуждены протоколы и заключения по каждому номинанту. Победители третьего этапа Всероссийского конкурса определены открытым голосованием.

В номинации «Лучший врач медицинской реабилитации» почетное 2 место присуждено Людмиле Николаевне Сифоркиной – заведующей физиотерапевтическим отделением.

От души поздравляем Людмилу Николаевну с этой победой!

НАШ ПРАЗДНИК...

Следуя многолетней традиции, в больнице скорой медицинской помощи провели торжественную планерку, посвященную Дню медицинского работника.

Этот праздник давно вышел за рамки сугубо профессионального, поскольку нет на свете человека, который не обращался бы за медицинской помощью. Именно в этот день работники здравоохранения по-особому ощущают свою необходимость и



значимость, гордятся профессией, своими успехами и достижениями.

День медицинского работника – это праздник не только врачей, но и фельдшеров, медицинских сестер, младшего и вспомогательного персонала. Весь наш большой и дружный коллектив собрался в актовом зале больницы, чтобы услышать теплые слова и поздравления. Лучшие из лучших были отмечены правительственными наградами, почетными грамотами и благодарственными письмами.

ДЕНЬ АНЕСТЕЗИОЛОГА

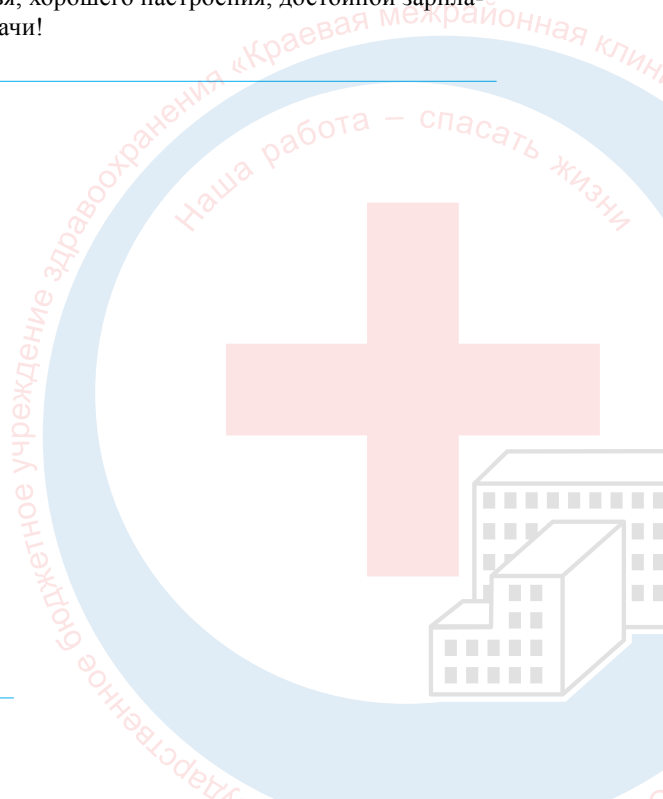
16 октября 1846 года зубной врач Томас Мортон впервые в мире публично и успешно провел



операцию под эфирным наркозом. С тех пор в этот октябрьский день весь мир отмечает День анестезиолога.

Работа анестезиологов-реаниматологов часто остается в тени. Однако профессия заслуживает уважения и высочайших похвал. Благодаря труду этих специалистов обеспечивается безопасность пациентов во время операции, интенсивная терапия в послеоперационном периоде и комфорт больного в процессе хирургических манипуляций. «До него хирургия во все времена была агонией» – так написано на памятнике Томасу Мортону.

С праздником, дорогие наши коллеги! Крепкого вам здоровья, хорошего настроения, достойной зарплаты и удачи!



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕДЕНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ГЕМОСТАЗА, ГАЗООБМЕНА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ



Грицан Г.В.

АВТОРЫ

Грицан Г.В.^{1,2},
Полстяной А.М.¹,
Цхай В.Б.¹

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

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

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. Частота развития пневмонии у беременных практически не отличается от показателей заболеваемости в общей популяции. Однако пневмония у беременных представляет серьезную угрозу не только для здоровья женщины, но и для будущего ребенка.

Предрасположенность беременных женщин к развитию пневмонии обусловлена изменениями в организме матери, связанными с беременностью: физиологический иммунодефицит, изменения взаимоотношений брюшной и грудной полостей [1,4].

Цель: Оценить результаты ведения и интенсивной терапии беременных с тяжелой формой внебольничной пневмонии.

Материалы и методы исследования: Представлены данные анализа результатов лечения 26 беременных с тяжелой формой внебольничной пневмонии, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии БСМП, ККБ и Родильного дома №1 в период с 2005 по 2013 годы.

Средний возраст пациенток составил $29,6 \pm 4,7$ лет, срок гестации – $38,6 \pm 1,2$ недели.

Интенсивная терапия проводилась по следующим направлениям: 1) эмпирическая адекватная антимикробная терапия; 2) гемодинамическая поддержка (инфузионная терапия, при необходимости, и трансфузионная) в сочетании с вазоактивными и инотропными препаратами до достижения следующих целевых показателей гемодинамики: ЦВД=12-15 мм рт.ст. (на фоне ИВЛ), АДср ≥ 65 мм рт.ст., диурез – 0,5 мл/кг/час, гематокрит – 30%); 3) респираторная поддержка; 4) профилактика стресс-язв ЖКТ; 5) нутритивная поддержка; 6) коррекция изменений в системе гемостаза.

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась в 9 (34,6%) случаях. Респираторная поддержка проводилась согласно концепции «безопасной»

— наука и практика —

ИВЛ под динамическим контролем параметров биомеханики дыхания и газового анализа крови [8]. Для проведения ИВЛ использовались респираторы: Servo I, Servo S, (Maquet, Швеция).

Диагностика и оценка тяжести синдрома острого повреждения легких проводились по шкале Lung Injury Score.

У всех пациенток при поступлении проводилась оценка состояния плода. О состоянии плода заключались на основании результатов кардиотокографии. Исследование проводилось непосредственно в момент поступления. Помимо этого проводилось доплеровское картирование маточно-плацентарного, маточно-плодового, пуповинного кровотока.

Результаты исследования: Перинатальные исходы были следующие. У двух (7,6%) пациенток произошла антенатальная гибель плода в сроке 32 и 34 недели соответственно.

В двух случаях (7,6%) пневмония сочеталась с респираторным дистресс-синдромом и выраженными нарушениями газообмена.

В 100% случаев отмечалась температура тела выше 38 градусов, одышка. В 10 (38,4%) случаях отмечалась рвота, в 7 (26,9%) случаях олигурия. В 9 (34,6%) случаях требовался перевод на ИВЛ.

Средний вес новорожденных составил $3208 \pm 247,8$ г. Средний срок родоразрешения $38,6 \pm 1,2$ недель. У всех обследованных беременностей были одноплодными. Среди обследованных: 9 (34,6%) были первобеременными и первородящими, 5 (19,2%) повторнобеременными и первородящими, 12 (46,1%) – повторнобеременными и повторнородящими.

Оперативное родоразрешение было произведено у 17 (65,3%) беременных. Показания для оперативного родоразрешения были сочетанными – тяжелый инфекционный процесс в легких с выраженными явлениями дыхательной недостаточности сочетался с различными акушерскими осложнениями течения беременности, вследствие этого пролонгирование беременности ассоциировалось с высоким риском развития неблагоприятных перинатальных исходов, а также негативным прогнозом для матери.

Помимо этого у 7 (26,9%) пациенток в родах были диагностированы признаки внутриутробной гипоксии плода, в 4 случаях это явилось причиной экстренного оперативного родоразрешения. В 2 случаях дети были рождены в состоянии тяжелой гипоксии, что потребовало перевода на ИВЛ, оба ребенка впоследствии выжили. У 1 (5,9%) пациентки после кесарева сечения развилась несостоятельность швов на матке, вследствие чего больной была произведена радикальная

санирующая операция в объеме экстирпации матки без придатков. Это осложнение у больной развилось на фоне тяжелого течения пневмонии в сочетании с признаками септического шока, и разгар патологического процесса в легких у больной пришелся на 4-5 сутки послеоперационного периода.

Преждевременные роды были у 5 (19,2%) беременных.

У 3 новорожденных в послеродовом периоде развился сепсис, в 1 случае – с летальным исходом.

У трех пациенток в послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение, что в итоге потребовало проведения ручного обследования полости матки; общая кровопотеря в каждом случае составила 900 мл.

У 6 пациенток в послеродовом периоде развился послеродовой эндометрит, у 4 из них – купирован консервативной терапией. У 2 пациенток медикаментозная терапия оказалась неэффективной, на 6-7 сутки им произведена экстирпация матки с целью санации септического очага.

У 9 пациенток в родах проводилась эпизиотомия с целью укорочения второго периода родов. У 3 (11,5%) пациенток впоследствии развилась несостоятельность швов на промежности, у одной пациентки это потребовало наложение вторичных швов.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, у пациенток с внебольничной пневмонией на первом этапе исследования имели место невысокое среднее артериальное давление ($АД_{ср} = 63,4 \pm 2,3$ мм.рт.ст.), синусовая тахикардия ($ЧСС = 109,5 \pm 1,7$ уд/мин) и уровень центрального венозного давления, в среднем равный $41,2 \pm 2,7$ мм вод.ст. (табл. 1).

Данные показатели гемодинамики обеспечивались проведением гемодинамической поддержки, состоящей из инфузионной терапии в объеме (от времени поступления), равном $1529,0 \pm 79,4$ мл. В 3 случаях во время кесарева сечения наблюдалось гипотоническое кровотечение, поэтому приходилось сочетать инфузионную терапию с кардиотоническими дозами допамина ($6,8 \pm 0,3$ мкг/кг/мин). При этом от момента родоразрешения до следующих суток диурез в среднем был $616,7 \pm 34,8$ мл.

На втором этапе исследования уровень $АД_{ср}$ возрастал в среднем на 12,9% ($p < 0,05$), на вторые сутки (3 этап) – на 31,9% ($p < 0,01$) в сравнении с исходной величиной; в течение 3 суток существенно не менялся; а на 5-7 сутки возрастал до $87,7 \pm 0,8 - 91,7 \pm 1,6$ мм.рт.ст., что статистически значимо ($p < 0,05-0,002$) выше, чем на предыдущих этапах исследования.

По отношению к моменту родоразрешения в течение первых суток проведения лечения (2 этап) ЧСС уменьшалась лишь на 3,3%, а в период 2 суток (3

Динамика показателей кровообращения на этапах проведения гемодинамической поддержки у пациенток с тяжелыми формами внебольничной пневмонии, n=26, M±m

Таблица 1

Параметры	Этапы исследования					
	До 8 часов, n=26 (1)	1 сут, n=26 (2)	2 сут, n=26 (3)	3 сут, n=26 (4)	5 сут, n=26 (5)	7 сут, n=26 (6)
АДср, мм.рт.ст	63,4±2,3	71,6±2,2	83,6±1,7	84,3±1,1	87,7±0,8	91,7±1,6
	p1-2*, p1-3*, p1-4*, p1-5*, p1-6*	p2-3*, p2-4*, p2-5*, p2-6*	p3-6*	p4-5*, p4-6*		
ЧСС, уд/мин	109,5±1,7	105,4±1,5	88,0±1,3	82,5±1,5	74,9±1,3	72,8±1,5
	p1-3*, p1-4*, p1-5*, p1-6*	p2-3*, p2-4*, p2-5*, p2-6*	p3-4*, p3-5*, p3-6	p4-5*		
ЦВД, мм вод. ст.	41,2±2,7	74,9±4,7	91,9±3,9	98,0±3,1	102,9±2,7	102,4±5,0
	p1-2*, p1-3*, p1-4*, p1-5*, p1-6*	p2-3*, p2-4*, p2-5*, p2-6*				
Диурез, мл/сут	616,7±34,8	1178,1±64,9	1709,7±139,1	2124,1±112,7	1147,9±66,8	1927,1±126,7
	p1-2*, p1-3*, p1-4*, p1-5*, p1-6*	p2-3*, p2-4*, p2-6*		p4-5*	p5-6*	
Объем инфузии, мл/сут	1529,0±79,4	1731,3±62,0	1661,7±54,1	1495,5±42,8	944,1±35,8	406,5±49,7
	p1-5*, p1-6*	p2-5*, p2-6*	p3-4*, p3-5*, p3-6*	p4-5*, p4-6*	p5-6*	

Примечание: p1-2*, p1-3*, p1-4*, p1-5*, p1-6* – статистически значимое различие между 1, 2, 3, 4, 5, 6 этапами исследования; p2-4*, p2-5*, p2-6* – статистически значимое различие между 2, 4, 5, 6 этапами исследования; p3-4*, p3-5*, p3-6* – статистически значимое различие между 3, 4, 5, 6 этапами исследования; p4-5*, p4-6* – статистически значимое различие между 4, 5, 6 этапами исследования; p5-6* – статистически значимое различие между 5, 6 этапами исследования (p<0,05).

этап) – уже на 19,6% (p<0,01), к 5-7 суткам – снижалась в среднем до 74,9 и 72,8 уд/мин соответственно, что также статистически значимо ниже (p<0,05-0,01), чем на предыдущих этапах интенсивной терапии.

Величина центрального венозного давления уже на втором этапе исследования возрастала, в среднем, на 81,7% (p<0,002) в сравнении с исходной величиной и на 2-е сутки проведения интенсивной терапии ЦВД в среднем равнялось 91,9±3,9 см.вод.ст.; а к 5-м суткам (5 этап) достигало, в среднем, уровня 102,9 мм вод.ст.

Указанные параметры гемодинамики в течение первых 3-х суток интенсивной терапии (2-4 этапы исследования) достигались за счет инфузионной терапии, в среднем, объеме, равном 1495,5 – 1731,3 мл.

На фоне проводимой гемодинамической поддержки диурез постепенно возрастал, и его величина в период 2-х суток лечения (3 этап) возрастала, в среднем, до 1709,7±139,1 мл/сут, что статистически значимо выше (p<0,05-0,01), в сравнении с предыдущими этапами исследования. Максимальная величина диуреза

имела место в течение 3-х суток проведения гемодинамической поддержки, однако на 5-м этапе его величина снижалась до 1147,9±66,8 мл/сут, а затем вновь (на 7-е сутки) увеличивалась до 1927,1 мл/сут.

Качественный состав инфузионной терапии определялся выраженностью и характером гиповолемии, обусловленной, в первую очередь, кровопотерей. В качестве инфузионных сред в 100,0% случаев применялись изотонические кристаллоиды, в 12 случаях – в сочетании с гидроксизилкрахмалами (ГЭК 130/0,4) в соотношении 1:3.

В этот период переливание эритроцитарной массы осуществлялось трем (11,5%) больным, в среднем, объеме 458,3±36,9 мл, при уровне гемоглобина менее 90 г/л; на вторые сутки (2 этап) – в 23% случаев. На этом фоне к третьим суткам проведения интенсивной терапии уровень гемоглобина возрастал в среднем на 10,2% (p<0,05) в сравнении с первым этапом исследования; а к 5-м суткам лечения его величина достигала 105,1±1,0 г/л, что статистически значимо выше (p<0,05-0,01), чем на предыдущих этапах ис-

— наука и практика —

Динамика уровней гемоглобина, количества эритроцитов и гематокрита у пациенток с внебольничной пневмонией, $M \pm m$, $n=26$

Таблица 2

Параметры	Этапы исследования					
	1 сут (1)	2 сут (2)	3 сут (3)	5 сут (4)	7 сут (5)	10 сут (6)
<i>Hb, г/л</i>	$89,8 \pm 1,9$	$92,1 \pm 1,5$	$98,0 \pm 1,2$	$105,1 \pm 1,0$	$102,2 \pm 0,9$	$103,9 \pm 0,8$
	$p1-3^*, p1-4^*, p1-5^*, p1-6^*$	$p2-3^*, p2-4^*, p2-5^*, p2-6^*$	$p3-4^*, p3-5^*, p3-6^*$	$p4-5^*, p4-6^*$		
<i>Эр-ты, $10^{12}/л$</i>	$3,39 \pm 0,07$	$3,46 \pm 0,08$	$3,50 \pm 0,07$	$3,57 \pm 0,07$	$3,75 \pm 0,07$	$3,95 \pm 0,07$
	$p1-6^*$					
<i>Ht, отн-е</i>	$27,5 \pm 0,5$	$28,5 \pm 0,5$	$30,5 \pm 0,5$	$31,9 \pm 0,4$	$33,7 \pm 0,2$	$33,9 \pm 0,2$
	$p1-5^*, p1-6^*$	$p2-5^*, p2-6^*$				
<i>Эритромаcса, мл.</i>	$458,3 \pm 36,9$	$450,0 \pm 47,1$				
<i>Частота прим-я, %</i>	3 (11,5%)	6 (23%)				

Примечание: $p1-2^*, p1-3^*, p1-4^*, p1-5^*, p1-6^*$ – статистически значимое различие между 1, 2, 3, 4, 5, 6 этапами исследования; $p2-4^*, p2-5^*, p2-6^*$ – статистически значимое различие между 2, 4, 5, 6 этапами исследования; $p3-4^*, p3-5^*, p3-6^*$ – статистически значимое различие между 3, 4, 5, 6 этапами исследования; $p4-5^*, p4-6^*$ – статистически значимое различие между 4, 5, 6 этапами исследования; $p5-6^*$ – статистически значимое различие между 5, 6 этапами исследования ($p < 0,05$).

Динамика биохимических показателей крови у пациенток с внебольничной пневмонией на этапах интенсивной терапии, $M \pm m$, $n=26$

Таблица 3

Параметры	Этапы исследования					
	1 сут (1)	2 сут (2)	3 сут (3)	5 сут (4)	7 сут (5)	10 сут (6)
<i>Белок, г/л</i>	$54,1 \pm 0,6$	$53,3 \pm 0,6$	$51,6 \pm 0,7$	$52,4 \pm 0,7$	$52,8 \pm 0,6$	$54,0 \pm 0,7$
<i>Альбумин, г/л</i>	$29,4 \pm 0,6$	$28,9 \pm 0,5$	$27,3 \pm 0,4$	$27,9 \pm 0,4$	$28,4 \pm 0,3$	$30,0 \pm 0,4$
			$p3-6^*$			
<i>Лейкоциты, $10^9/л$</i>	$15,8 \pm 0,7$	$22,6 \pm 1,1$	$17,9 \pm 1,0$	$20,4 \pm 0,9$	$16,3 \pm 1,0$	$10,8 \pm 0,6$
	$p1-2^*, p1-4^*, p1-6^*$	$p2-3^*, p2-5^*, p2-6^*$	$p3-6^*$	$p4-5^*, p4-6^*$	$p5-6^*$	
<i>Билирубин, мкмоль/л</i>	$19,6 \pm 4,4$	$19,4 \pm 2,4$	$18,4 \pm 4,4$	$13,4 \pm 2,0$	$13,7 \pm 1,2$	$13,6 \pm 1,1$
<i>К, ммоль/л</i>	$4,9 \pm 0,2$	$4,7 \pm 0,1$	$5,1 \pm 0,2$	$4,6 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,1$
<i>Na, ммоль/л</i>	$147,0 \pm 1,5$	$149,7 \pm 1,6$	$152,6 \pm 1,7$	$151,5 \pm 1,6$	$147,1 \pm 1,4$	$148,8 \pm 1,2$
<i>Мочевина, ммоль/л</i>	$11,4 \pm 0,4$	$12,6 \pm 0,5$	$12,4 \pm 1,2$	$12,5 \pm 1,3$	$9,7 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,3$
<i>Креатинин, мкмоль/л</i>	$33,9 \pm 2,3$	$33,6 \pm 10,4$	$32,0 \pm 10,7$	$32,9 \pm 8,6$	$32,3 \pm 3,3$	$32,7 \pm 2,0$
<i>Сахар, ммоль/л</i>	$5,6 \pm 0,3$	$5,9 \pm 0,3$	$7,7 \pm 0,4$	$6,5 \pm 0,4$	$5,2 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,2$
	$p1-3^*$	$p2-3^*$	$p3-5^*, p3-6^*$	$p4-5^*, p4-6^*$		

Примечание: $p1-2^*, p1-3^*, p1-4^*, p1-5^*, p1-6^*$ – статистически значимое различие между 1, 2, 3, 4, 5, 6 этапами исследования; $p2-4^*, p2-5^*, p2-6^*$ – статистически значимое различие между 2, 4, 5, 6 этапами исследования; $p3-4^*, p3-5^*, p3-6^*$ – статистически значимое различие между 3, 4, 5, 6 этапами исследования; $p4-5^*, p4-6^*$ – статистически значимое различие между 4, 5, 6 этапами исследования; $p5-6^*$ – статистически значимое различие между 5, 6 этапами исследования ($p < 0,05$).

— наука и практика —

следования. В период 7-10 суток терапии величина гемоглобина в среднем была выше 100 г/л.

Подобная динамика на соответствующих этапах исследования имела место и в уровнях числа эритроцитов и гематокрита (см. табл. 2).

На всех этапах исследования у пациенток с внебольничной пневмонией имела место легкая гипопроотеинемия, а минимальный уровень общего белка наблюдался на третьи сутки проведения лечения ($51,6 \pm 0,7$ г/л). Соответственно, в этот же период (3 этап) наблюдался и максимально низкий уровень альбумина крови. Уровень лейкоцитов ко вторым суткам интенсивной терапии (2 этап) возрастал в среднем на 43,0% ($p < 0,002$) в сравнении с исходной величиной ($22,6 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ и $15,8 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$ соответственно); а в дальнейшем он постепенно снижался (за исключением 5 суток) и на 10-е сутки лечения (6 этап) в среднем не превышал $10,8 \times 10^9/\text{л}$.

Существенных изменений в уровнях электролитов (K, Na) на этапах исследования не обнаруживалось.

Уровень мочевины и креатинина в крови на всех этапах исследования был невысоким. Тем не менее к 7-10 суткам лечения концентрация мочевины статистически значимо уменьшалась и, в среднем, составляла 9,7 ммоль/л и 8,9 ммоль/л соответственно.

Следует констатировать, что на третьи сутки проведения интенсивной терапии (3 этап) величина концентрации сахара в крови возрастала, в среднем, до $7,7 \pm 0,4$ ммоль/л, что на 37,5% выше ($p < 0,01$), чем на первом этапе исследования. К 5-м суткам лечения уровень сахара в крови, в среднем, составлял 6,5 ммоль/л и лишь к 7-10 суткам снижался в среднем до $5,2 \pm 0,2$ ммоль/л и $5,0 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно (табл. 3).

В дородовом периоде и в первые трое суток послеродового периода тромбиновое время было удлинено, в среднем, на 21,2% в сравнении с контрольным ($18,5 \pm 1,3$ с. и $14,9 \pm 1,0$ с. соответственно, $p < 0,05$), за счет накопления патологических антикоагулянтов; наблюдались снижение активности протромбинового комплекса (ПТИ = 74,6-80,2%) и фибриногенемия (таб. 4).

Величина АЧТВ до операции и первые 2-е суток после оперативного вмешательства существенно не отличалась от контроля, а с третьих суток имело место ее укорочение на 16,2% ($31,7 \pm 0,5$ с. и $37,8 \pm 0,3$ с. соответственно, $p < 0,05$). Однако уровень тромбинемии (ОФТ) оставался на всех этапах исследования, за исключением 7-10 суток, в среднем в 4,3-3,2 раза выше нормативных значений (норма - 4-6 мг%).

Величина АТ III оказывалось сниженной в первые трое суток интенсивной терапии, в среднем, до 77,2-76,5%, что отражало сохраняющееся внутрисосудистое свертывание крови.

В фибринолитическом звене гемостаза наблюдались следующие изменения: ХЗФ был резко удлиннен на всех этапах исследования; уровень Д-димеров был увеличен в периоперационном периоде в среднем в 10 раз в сравнении с нормой (до 500 нг/л), к 5-м суткам интенсивной терапии наблюдалось их снижение в 2,9 раза ($p < 0,001$), а на 7-10 сутки количество Д-димеров, в среднем, составляло 950 нг/л, что в 1,9 раза выше средненормативных показателей.

Таким образом, изменения системы гемостаза у беременных с тяжелой внебольничной пневмонией характеризовались удлинением конечного этапа свертывания крови, тромбинемией, фибриногенемией, снижением активности протромбинового комплекса свертывающего звена гемостаза, уменьшением потенциала антисвертывающего звена, активацией фибринолиза со склонностью к истощению фибринолитического звена. Данные нарушения в системе гемостаза удавалось корректировать, в среднем, лишь к 5-10 суткам послеродового периода.

Выраженность ОРДС по шкале LIS на I этапе была $2,7 \pm 0,7$ балла (табл. 5). При этом тяжесть острого повреждения легких к III этапу становилась, в среднем, менее 2,5 балла, что свидетельствовало о регрессе ОРДС. В процессе проведения ИВЛ на всех этапах исследования использовали V_t , в среднем не превышавший 7,4 мл/кг.

Как представлено в таблице 5, средние величины РЕЕР были более 10 см вод. ст. на всех этапах исследования. Для поддержания адекватного V_t и MV на I этапе исследования требовалось PIP, в среднем, не превышающее 24 см вод.ст.

Динамический легочно-торакальный комплайнс ($C_{lt,d}$) был, в среднем, выше 50 мл/см вод.ст на всех этапах исследования (табл. 5).

Поддержание достаточной оксигенации ($PaO_2 = 94,1 \pm 8,7$ мм рт. ст.) после перевода на ИВЛ (I этап) оказалось возможным при концентрации кислорода во вдыхаемой газовой смеси $0,46 \pm 0,06$ (табл. 6).

Наличие расстройств газообмена подтверждалось величинами $AaDO_2$ и PaO_2/FiO_2 . Так, уровень $AaDO_2$ составлял $198,3 \pm 57,8$ мм. рт. ст., что характеризовало умеренную степень повреждения легочной ткани, респираторный индекс (PaO_2/FiO_2) у пациентов имел статистически выверенную величину, равную $206,3 \pm 21,9$ мм рт.ст.

На этапах исследования не удавалось значимо снизить FiO_2 в сравнении с исходным уровнем. При этом PaO_2 в среднем было выше 80 мм рт.ст.

В процессе проведения ИВЛ сдвиги газообмена в группах претерпевали достаточно значитель-

Сдвиги гемостаза у беременных с тяжелой внебольничной пневмонией, $M \pm m$, $n=26$

Таблица 4

Параметр	Этапы исследования				
	До родов	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7-10 сутки
<i>Hb г/л</i>	94,6±4,9	91,1±4,8	87,1±3,9	90,8±2,9	95,6±1,8
<i>ПТИ, %</i>	74,6±4,0	72,7±2,7	80,2±2,5	86,4±2,5	93,2±2,4
	<i>p0-7*</i>	<i>p1-5*, p1-7*</i>	<i>p3-7*</i>		
<i>ТВ, сек</i>	17,7±1,2	18,5±1,3	16,7±1,0	15,7±0,5	14,7±0,2
	<i>p**<0,05</i>	<i>p**<0,05</i>			
<i>ТВ, контроль</i>	14,6±0,1	14,9±0,1	14,8±0,1	14,6±0,1	14,8±0,2
<i>АВСК, мин</i>	5,2±1,1	6,1±1,4	3,2±0,9	2,8±0,2	2,2±0,2
	<i>p0-7*</i>				
<i>АЧТВ, сек</i>	38,5±3,1	38,3±2,9	31,7±0,5	33,6±0,4	33,5±0,4
	<i>p**<0,01</i>	<i>p**<0,02</i>	<i>p**<0,02</i>		
<i>АЧТВ, контроль</i>	38,1±0,3	38,2±0,3	37,8±0,3	38,1±0,3	38,3±0,6
<i>АВР, сек</i>	101,0±4,8	110,0±4,1	92,0±2,6	94,1±1,8	89,0±1,9
	<i>p**<0,01</i>	<i>p**<0,01</i>	<i>p**<0,01</i>	<i>p**<0,01</i>	<i>p**<0,02</i>
<i>АВР, контроль</i>	78,0±0,5	79,0±0,2	76,0±0,8	77,0±0,7	76,0±0,7
<i>ОФТ, мг%</i>	25,8±0,9	25,5±0,6	23,6±0,7	19,1±1,1	11,1±0,6
	<i>p0-5*, p0-7*</i>	<i>p1-5*, p0-7*</i>	<i>p3-7*</i>		
<i>ХЗФ, мин</i>	55,5±1,9	51,4±1,8	48,3±2,4	50,7±1,9	47,3±2,4
<i>ФГ, г/л</i>	4,3±0,3	4,2±0,3	4,3±0,2	4,0±0,2	3,6±0,1
<i>Тромбоциты, тыс</i>	280±30,2	291±30,6	298±29,6	312±23,2	333,5±21,3
<i>АТ III, %</i>	76,5±3,7	77,2±3,3	76,8±1,1	87,5±3,1	95,3±1,7
	<i>p0-7*</i>	<i>p1-7*</i>	<i>p3-7*</i>		
<i>Д-димеры, нг/л</i>	4995±432	5000□500	3666±361	1690±227	950±119
	<i>p0-5*</i>				
<i>Агрегация с АДФ, сек</i>	21,5±3,0	19,4±2,3	20,7±2,2	20,3±0,9	20,1±0,7
	<i>p**<0,02</i>	<i>p**<0,02</i>	<i>p**<0,01</i>	<i>p<0,01</i>	
<i>Агрегация с АДФ (контроль), сек</i>	26,7±0,4	26,5±0,5	27,1±0,3	27,0±0,3	26,7±0,3

Примечание: ** – достоверное отличие в сравнении с контролем, *p0-1**, *p0-3**, *p0-5**, *p0-7** – достоверное различие между периоперационным периодом и 1, 3, 5, 7-10 сутками послеоперационного периода, *p1-3**, *p1-5**, *p1-7** – достоверное различие между 1 и 3, 5, 7-10 сутками послеоперационного периода, *p3-5**, *p3-7** – достоверное различие между 3 и 5, 7-10 сутками послеоперационного периода, *p5-7** – достоверное различие между 5 и 7-10 сутками послеоперационного периода соответственно ($p<0,05$).

ные изменения (табл. 6). Так, к III этапу уровень АаDO₂ уменьшался на 18,7% в сравнении с исходной величиной. Одновременно уровень РаО₂/FiO₂ на III этапе исследования был на 16,8% выше, чем его исходная величина.

Суммарно длительность проведения ИВЛ составила 12 суток (табл. 7).

Перевод на вспомогательную ИВЛ (ВИВЛ) осуществляли у 9 пациенток при улучшении газообмена

(SpO₂≥95%, РаО₂> 70 мм рт. ст. при FiO₂≤0,4), нормализации механических свойств легких, положительной динамике на рентгенограмме органов грудной клетки.

Летальных исходов не было.

Обсуждение: Несмотря на то что внебольничная пневмония, по опубликованным данным, является самой частой летальной инфекцией, в нашем исследовании среди 26 обследованных беременных с тяжелым течением внебольничной пневмонии (у 2-х из

науча и практика

этих обследованных пневмония сочеталась с тяжелым ОРДС) не было ни одного летального исхода. Мы считаем своевременное родоразрешение пациенток при прогрессировании симптомов дыхательной недостаточности, а также своевременное начало респираторной поддержки в соответствующем объеме [1,2,7].

По результатам, опубликованным различными авторами, при внебольничной пневмонии значительно возрастает частота акушерских осложнений. Так, в 44 % случаев внебольничной пневмонии у беременных развиваются преждевременные роды, в 33% наблюдается гипотрофия плода. Однако в нашем исследовании частота преждевременных родов составила лишь 19,2% (5 обследованных), а гипотрофия плода отмечалась у 9 обследованных (34,6%). Такое соотношение можно объяснить тем, что средний срок гестации на момент родоразрешения обследованных пациенток составлял $38,6 \pm 1,2$ недели, т.е. в основном тяжелое течение пневмонии в нашем исследовании коррелировало с поздним сроком гестации,

соответственно, частота преждевременных родов оказалась низкой. Однако негативные влияния на плод со всей очевидностью имели место, так как гипотрофия плода отмечалась в 34,6%, что соответствует опубликованным литературным данным [6,7].

Самые неблагоприятные перинатальные исходы: антенатальная гибель плода имела место у 2 пациенток, у которых внебольничная пневмония сочеталась с ОРДС и выражалась в грубых нарушениях газообмена. Наши наблюдения соответствуют ранее опубликованным данным – нарушения газообмена, развивающиеся при тяжелом течении внебольничной пневмонии, оказывают значительное негативное влияние на маточно-плацентарный кровоток, что приводит к внутриутробной гипоксии плода, а в тяжелых случаях и к его гибели. [1,3,7]

Частота оперативных родоразрешений у пациенток с внебольничной пневмонией в нашем исследовании

Динамика параметров респираторной поддержки, $M \pm SD$

Таблица 5

Показатели	Этапы исследования				
	I	II	III	IV	V
<i>LIS, баллы</i>	$2,7 \pm 0,7$	$2,6 \pm 0,7$	$2,2 \pm 0,7$	$2,0 \pm 1,1^*$	$1,4 \pm 1,2^{**}$
<i>F, дых/мин</i>	$17,8 \pm 2,2$	$17,9 \pm 2,2$	$17,9 \pm 2,2$	$18,2 \pm 2,3$	$18,1 \pm 2,3$
<i>Vt, мл</i>	$553,7 \pm 69,1$	$553,7 \pm 69,1$	$554,2 \pm 70,4$	$551,9 \pm 66,3$	$546,8 \pm 74,3$
<i>Vt, мл/кг</i>	$7,4 \pm 1,6$	$7,4 \pm 1,6$	$7,4 \pm 1,6$	$7,4 \pm 1,7$	$6,8 \pm 2,9$
<i>MV, л/мин</i>	$10,0 \pm 1,2$	$10,0 \pm 1,2$	$10,1 \pm 1,2$	$10,0 \pm 0,9$	$9,8 \pm 0,8$
<i>PIP, см вод.ст.</i>	$24,1 \pm 4,9$	$24,3 \pm 4,5$	$23,6 \pm 4,6$	$24,0 \pm 4,5$	$22,7 \pm 3,7$
<i>PEEP</i>	$13,0 \pm 1,4$	$13,0 \pm 1,3$	$12,3 \pm 1,9$	$12,4 \pm 2,2$	$11,7 \pm 1,7$
<i>Cl_t, д, мл/см вод. ст.</i>	$58,9 \pm 28,1$	$57,1 \pm 26,6$	$57,8 \pm 34,6$	$58,4 \pm 36,2$	$51,2 \pm 27,0$

Примечание: * – статистически значимые различия ($p < 0,05$) между 1-м и 4-м этапами исследования, ** – статистически значимые различия ($p < 0,05$) между 1-м и 5-м этапами исследования.

Динамика параметров газообмена, $M \pm SD$

Таблица 6

Показатели	Этапы исследования				
	I	II	III	IV	V
<i>FiO₂, 0,21–1,0</i>	$0,46 \pm 0,06$	$0,46 \pm 0,06$	$0,43 \pm 0,06$	$0,43 \pm 0,01$	$0,42 \pm 0,08$
<i>SpO₂, %</i>	$92,6 \pm 2,9$	$94,3 \pm 3,0$	$95,6 \pm 2,8$	$95,8 \pm 4,4$	$96,6 \pm 5,2$
<i>PaO₂, мм рт.ст.</i>	$94,1 \pm 8,7$	$97,9 \pm 10,8$	$102,1 \pm 7$	$101,5 \pm 15,1$	$106,1 \pm 14,8$
<i>PaCO₂, мм рт.ст.</i>	$38,1 \pm 4,5$	$40,3 \pm 6,4$	$37,5 \pm 5,3$	$39,1 \pm 5,3$	$39,71 \pm 9,2$
<i>pH, ед</i>	$7,42 \pm 0,05$	$7,38 \pm 0,19$	$7,40 \pm 0,05$	$7,38 \pm 0,06$	$7,36 \pm 0,14$
<i>AaDO₂, мм рт.ст.</i>	$198,3 \pm 57,8$	$187,1 \pm 56,9$	$161,0 \pm 50,0$	$161,3 \pm 84,9$	$151,6 \pm 73,0^{**}$
<i>PaO₂/FiO₂, мм рт.ст.</i>	$206,3 \pm 21,9$	$217,8 \pm 31,4$	$240,8 \pm 34,3$	$248,6 \pm 77,3^*$	$264 \pm 64,9^{**}$

Примечание: * – статистически значимые различия ($p < 0,05$) между 1-м и 4-м этапами исследования, ** – статистически значимые различия ($p < 0,05$) между 1-м и 5-м этапами исследования.

составила 65,3% (кесарево сечение произведено у 17 пациенток). Такую высокую частоту в данном случае мы обосновываем тем, что решение вопроса о родоразрешении принималось на основании сочетания факторов. Так, помимо акушерских аспектов, в расчет брались выраженные изменения показателей газообмена (PaO_2/FiO_2 , менее 150 мм. рт.ст.). Именно такой подход, с нашей точки зрения, позволил своевременно принять решение о проведении экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения, несмотря на то что, по литературным данным, при пневмонии отмечается предпочтительность родоразрешения через естественные родовые пути [2,5,8]. Своевременно принятое решение о такой агрессивной тактике позволило сохранить жизнь всем обследованным нами пациенткам.

Стоит отметить, что частота осложнений оперативного родоразрешения была высокой, у 2 (7,69%) пациенток во время кесарева сечения развивалось гипотоническое кровотечение, вследствие чего им потребовалось переливание компонентов крови. У 1 (3,84%) пациентки на 5-е сутки после операции диагностирована несостоятельность швов на матке, ей была произведена органосохраняющая операция в объеме экстирпации матки без придатков.

С другой стороны, при проведении анализа акушерских осложнений, вопреки опубликованным данным, мы выявили, что при родоразрешении через естественные родовые пути впоследствии в результате гнойно-септических осложнений органосохраняющие операции произведены у 2 пациенток (7,69%); также отмечались другие септические осложнения – у 3 (11,53%) пациенток развивалась несостоятельность швов на промежности.

Выводы:

1. Ведение послеродового периода у беременных на фоне тяжелой внебольничной пневмонии должно быть активным, т.к. у данной категории пациенток высок риск развития гнойно-септических осложнений. Необходимо проведение профилактического курса антибактериальной терапии с целью снижения риска развития гнойно-септических осложнений.

2. На этапах оказания помощи беременным с тяжелыми внебольничными пневмониями необходимо проведение оценки параметров системы гемостаза в связи с выраженными гемокоагуляционными нарушениями.

3. Оценка параметров газообмена должна проводиться не только с целью контроля состояния больной, но и с целью прогнозирования возможных перинатальных осложнений. При выраженных изменениях параметров газообмена необходимо решать вопрос об экстренном оперативном родоразрешении.

Результаты проведения РП

Таблица 7

Показатели	Группа обследованных беременных, n=9
Длительность ИВЛ, сут; Me, (25-75 перцентили)	12 (8–15)
Начало вспомогательной ИВЛ, сут; Me, (25-75 перцентили)	11,5 (9,0–14,0)
Экстубация, сут; Me, (25-75 перцентили)	13 (10,25–14,75)
Длительность нахождения в ОАР, сут; Me (25-75 перцентили)	18 (12–22)
Количество летальных исходов, абс (%)	

ЛИТЕРАТУРА

1. Непрямые причины материнской смертности / И. И. Баранов, З. 3. Токова // *Акушерство и гинекол.* – 2012. – № 4-2. – С. 92-96.
2. Клинико-морфологические особенности течения внебольничных пневмоний в эпидемию гриппа А / H1N1 / А. С. Герасимова, С. Ю. Митрошина, Н. В. Купрюшина и др. // *Пульмонология.* – 2012. – № 4. – С. 50-55.
3. Исходы беременности, иммуноморфологическое состояние плаценты после ОРВИ, перенесенной беременной, профилактика, лечение / Н. Г. Кошелева, Л. Б. Зубжичкая // *Журн. акушерства и женских болезней.* – 2005. – №3. – С. 12-18.
4. Современные подходы к лечению гриппа и пневмонии у беременных / О. А. Пересада, А. Н. Барсуков // *Мед. новости.* – 2012. – №2. С. 19-26.
5. Внегоспитальные пневмонии у беременных женщин г. Витебска в 2009 году. Особенности течения, эффективность лечения / Л. Е. Радецкая, А. В. Винников, А. Н. Мамась // *Охрана материнства и детства.* – 2011. – № 1-17. – С. 76.
6. Indolent pneumonia in a pregnant recent immigrant from Ethiopia: think TB / H. Bishara, M. Lidji, O. Vinitzky et al. // *Prim. Care Respir. J.* – 2014. – V. 23, №1. – P. 102-105.
7. Pneumonia and pregnancy outcomes: a nationwide population-based study / Y. H. Chen, J. Keller, I. T. Wang et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – V. 207, №4. – P. 288.e1-7.
8. Critical pneumonia complicating early-stage pregnancy / M. Mercieri, R. Di Rosa, A. Pantosti et al. // *Anesth. Analg.* – 2010. – V. 110, №3. – P. 852-854.

ДЕСФЛУРАН КАК КОМПОНЕНТ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Корольков О.Ю.

А В Т О Р

**Корольков О.Ю.¹,
Червяков И.Б.¹,
Любченко А.А.^{1,2},
Грицан Г.В.^{1,2}**

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

*2. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России*

Значительную часть контингента больных, поступающих в экстренный стационар с различной хирургической патологией, составляют пациенты пожилого и старческого возраста. При выборе метода анестезии у лиц данной возрастной группы необходимо учитывать функциональные, метаболические и морфологические возрастные особенности. Анестезиологу необходимо владеть различными вариантами анестезиологической защиты на всех этапах пособия, чтобы, с учетом имеющейся у пациента основной и сопутствующей патологии, выбрать наиболее оптимальный из них. Одним из вариантов обеспечения анестезиологической защиты при экстренных операциях на верхнем и нижнем этажах брюшной полости является сочетание комбинированной общей анестезии и эпидуральной анестезии.

Цель работы: Оценить эффективность и безопасность применения десфлурана в составе сочетанной анестезии при экстренных оперативных вмешательствах у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения анестезиологии-реанимации КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича». В исследование включены 19 пациентов, из них 14 (73,6%) женщин и 5 (26,3%) мужчин. Больные поступали в стационар с различной экстренной хирургической патологией: острый деструктивный холецистит – 12 (63,1%) случаев, острая

Параметры гемодинамики на различных этапах операции ($M \pm m$)

Таблица 1

	Исходное	После интубации	20 минута	40 минута	конец опер.
АД сист. (мм.рт.ст.)	153,2±7,4	110,8±3,4	95,1±2,4	126,6±4,7	132, 2±7,8
АД диаст. (мм.рт.ст.)	93,1±5,6	70,6±2,7	61,9±2,1	83,7±3,2	84,4±4,4
ЧСС уд/мин	111,6±4,5	74, ±2,6	75,1±3,7	74,9±3,4	97,4±2,1

кишечная непроходимость различной этиологии – 7 (36,8%) случаев. Возраст больных – 72,3 ± 8,4 года. Вес пациентов составлял 72,5±12,4 кг. У всех больных имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология в виде: ИБС 2-3 функционального класса, сердечной недостаточности от I до III функционального класса по NYHA, гипертонической болезни I-III стадии со степенью риска 2-4. У 3-х больных – ХОБЛ, у 5-ти пациентов имелись нарушения ритма сердца в виде хронической формы фибрилляции предсердий. Степень анестезиологического риска по ASA у всех больных – III E. Продолжительность оперативного вмешательства составила 67,3±50,3 мин., продолжительность анестезии – 105,5±25,5 мин.

Анестезиологическое обеспечение у всех пациентов проводилось по следующей схеме. После стандартной премедикации: атропин 0,1% – 1 мл, промедол 1% – 1 мл, димедрол 1% – 1 мл в/м за 30 мин. до операции, больные поступали в операционную, где им проводился мониторинг: ЧСС, АД, SaO₂; предоперационная инфузионная подготовка: ГЭК 7,3±6,4 мл/кг. В 5 (26,3%) случаях была произведена катетеризация подключичной вены. После проведения инфузионной терапии осуществлялась катетеризация эпидурального пространства на уровне Th6-Th8 с введением тест-дозы лидокаина 2% – 2 мл. После проведения катетера на 4-5 см в краниальном направлении вводились анестетики: в 12 случаях нарופן 0,75% – 4 мл, в 7 случаях бупивакаин 0,5% – 4 мл. После оценки гемодинамических реакций, через 20-50 минут осуществлялась индукция в общую анестезию с использованием тиопентала натрия 4,4±2,6 мг/кг, фентанила 1,4±1,1 мкг/кг, тракриума или рокурония бромид в дозе 25-30 мг. После чего осуществлялась интубация трахеи с переводом на ИВЛ в режиме VC, Vt 5,9-6,5 мл/кг. Поддержание анестезии проводилось десфлураном при потоке свежего газа 0,5-0,8 л/мин, в концентрациях, соответствующих 0,6 – 0,8 МАК с учетом возраста. В 10 (52,6%) случаях для контроля анестезии использовался BIS-мониторинг. Во время течения анестезии оценивались параметры гемодинамики после интубации, на 20 и 40 минутах общей анестезии, а также после экстубации.

Кроме того, оценивались: необходимость применения вазопрессоров, количественный состав

инфузионной терапии, время экстубации после окончания анестезии, возможность перевода в профильное отделение.

Результаты и обсуждение: Время после введения основной дозы анестетика в эпидуральное пространство до интубации трахеи составило 24,3±3,5 минут. У всех больных на 20-й минуте общей анестезии отмечалось снижение АД, что в 9 (47,3%) случаях (снижение АД на 40-50% от исходного уровня) потребовало кратковременно-го применения вазопрессоров (норадреналин в дозе 0,1-0,3 мкг/кг/мин). В 12 случаях дополнительного введения фентанила не требовалось до окончания операции, в 7 случаях потребовалось дополнительное введение фентанила в дозе 100-200 мкг. Средний объем инфузии составил 2000 мл (73,5 мл/кг).

Время экстубации после прекращения подачи десфлурана составило 8,8 ± 13,2 минут, время перевода в отделение после экстубации – от 15 до 30 минут. Ни одному пациенту не понадобилось введение вазопрессоров после экстубации. Были переведены в профильное отделение 18 (94,7%) больных. Один больной, учитывая характер оперативного вмешательства, переведен в отделение реанимации.

Заключение: Использование десфлурана в составе сочетанной анестезии обеспечивает относительно стабильную гемодинамику, а также возможность раннего пробуждения и экстубации у больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью риска анестезии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ



Данилина Е.П.

АВТОРЫ

Данилина Е.П.^{1,2},
Здзитовецкий Д.Э.^{1,2},
Томнюк Н.Д.²,
Белобородова Ю.С.¹,
Кембель В.Р.^{1,2},
Пахомова Р.А.²,
Борисов Р.Н.^{1,2}.

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

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

Введение. По современным литературным данным, холедохолитиаз (далее – ХЛ) обнаруживается в 10-15% наблюдений калькулезного холецистита [1, 2]. До настоящего времени продолжают обсуждаться вопросы о сроках хирургической коррекции непроходимости желчных путей, объеме предполагаемой операции, возможности применения малоинвазивных способов декомпрессии билиарной системы [3, 4].

Учитывая, что при механической желтухе (далее – МЖ) необратимые изменения в печени и желчных путях могут развиваться в период 48-72 часов, сроки оценки эффективности консервативного лечения ограничены и в критических случаях, при сохраняющемся

билиарном блоке, возникает необходимость в экстренном или срочном оперативном вмешательстве [5, 6].

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной ХЛ и МЖ при двухэтапной хирургической тактике.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 189 больных с желчнокаменной болезнью (далее – ЖКБ), осложненной ХЛ и МЖ. У 155 больных ($82,0 \pm 2,8\%$) сроки развития МЖ с момента начала заболевания составили до 3 суток, а у 34 ($18,0 \pm 2,8\%$) больных – свыше 3 суток.

Результаты. На первом этапе хирургического лечения у 168 ($88,9 \pm 2,3\%$) из 189 больных с ЖКБ, ХЛ выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (далее – ЭПСТ) с попыткой экстракции конкремента из общего желчного протока (далее – ОЖП), а у 14 ($8,3 \pm 2,1\%$) из 168 больных – дополнительно установлен эндопротез (далее – ЭП) оригинальной конструкции. У 21 больного ЭПСТ не выполнено по разным причинам: ранее перенесенная резекция желудка, наличие полной обтурации большого дуоденального сосочка (далее – БДС) или терминального отдела ОЖП неудаляемым конкрементом, отказ больного.

В результате первого этапа хирургического лечения ХЛ сохранялся в 58 наблюдениях, из них в 53 случаях был выявлен острый калькулезный холецистит. Из 58 больных у 21 ЭПСТ не было выполнено, а у 37 – оно не принесло желаемого эффекта в лечении синдрома МЖ. Кроме того, у 68 больных, у которых ЭПСТ и экстракция конкремента из ОЖП оказались эффективными, был острый калькулезный холецистит, и они нуждались в проведении холецистэктомии (далее – ХЭ).

Второй этап хирургического лечения предпринят у 126 больных с ЖКБ, ХЛ. Из них у 66 больных, после перенесенной на первом этапе лечения успешной экстракции конкремента, выполнена лапароскопическая ХЭ, у 2 – ХЭ, а у 58 больных потребовалась дополнительная коррекция синдрома МЖ по причине сохраняющегося ХЛ. Из 58 больных с сохраняющимся ХЛ у 32 выполнена холедохолитотомия (далее – ХЛТ), дренирование ОЖП и ХЭ; у 5 – выполнен билиодигестивный анастомоз (далее – БДА); у 7 – БДА и ХЭ; а у 14 больных – лапароскопическая ХЛТ,

Варианты хирургической тактики при ЖКБ, ХЛ в трех клинических группах

Таблица 1

№ группы	Количество больных	Варианты первого и второго этапов хирургического лечения
1.	19	<i>Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП эффективна, купированы явления СМЖ</i>
		<i>Второй этап: лапароскопическая ХЭ</i>
2.	16	<i>Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, сохраняются явления синдрома МЖ</i>
		<i>Второй этап: ХЭ, ХЛТ, дренирование ОЖП или БДА</i>
3.	14	<i>Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, дополнительно ЭП ОЖП, купированы явления синдрома МЖ</i>
		<i>Второй этап: лапароскопическая ХЭ, лапароскопическая ХЛТ, дренирование ОЖП</i>

дренирование ОЖП и лапароскопическая ХЭ.

Обсуждение и выводы. С целью уточнения выбора хирургической тактики, в зависимости от эффективности первого этапа хирургической коррекции синдрома МЖ при ЖКБ, ХЛ, проведена случайная выборка 49 наблюдений синдрома МЖ у больных с ЖКБ, острым калькулезным холециститом и ХЛ. В зависимости от вариантов первого и второго этапов хирургического лечения синдром МЖ больных разделили на 3 группы (табл. 1).

Тактика двухэтапной хирургической коррекции была использована в лечении больных всех трех групп. На первом этапе у больных всех трех групп выполняли ЭПСТ с механической литоэкстракцией конкрементов с помощью корзинки Дормиа с целью декомпрессии и последующей санации желчевыводящих путей.

В первую группу вошли 19 больных, у которых ЭПСТ с эндоскопической механической литоэкстракцией конкрементов была эффективна. Во вторую вошли 16 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения ХЛ не был ликвидирован и явления синдрома МЖ сохранялись. Последнее явилось показанием к раннему выполнению второго этапа лечения в условиях общего нестабильного состояния больных. Третью группу составили 14 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения ХЛ не был ликвидирован. Этим больным дополнительно был установлен ЭП в ОЖП, что позволило купировать проявления синдрома МЖ без ликвидации ХЛ. Второй этап хирургического лечения выполнен в условиях стабильного общего состояния больных этой группы.

На втором этапе хирургического лечения у больных всех трех групп были применены разные способы дополнительной хирургической коррекции.

У всех 19 больных первой группы выполнена лапароскопическая ХЭ.

Из всех 16 больных второй группы у 12 больных

выполнены ХЭ, ХЛТ, дренирование ОЖП по разным методикам (Вишневого, Холстеда-Пиковского, Кера), а у 4 – выполнены ХЭ, ХЛТ, БДА.

У всех 14 больных третьей группы выполнены лапароскопические ХЭ, ХЛТ (дополнительно использован холедохоскоп) и дренирование ОЖП по разным методикам (Вишневого, Холстеда-Пиковского, Кера).

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения больных с синдромом МЖ, обусловленным ЖКБ, ХЛ, показал, что дополнительное использование эндоскопических способов (ЭПСТ и ЭП) коррекции синдрома МЖ при выборе двухэтапной хирургической тактики позволяет, в целом, улучшить результаты комплексного лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения и раннему устранению проявлений синдрома МЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cameron I.C., Chadwick C., Phillips J. et al. Management of acute cholecystitis in UK hospitals: time for a change // Am. Med. J. – 2004. – V. 80. – P. 292-294.
2. Saifuku Y., Yamagata M., Koike T. Endoscopic ultrasonography can diagnose distal biliary strictures without a mass on computed tomography // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, № 2. – P. 237-244.
3. Spier B.J., Johnson E.A., Gopal D.V. et al. Predictors of malignancy and recommended follow-up for patients with negative endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration of suspected pancreatic lesions // Can. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 23, № 1. – P. 31-40.
4. Tajiri T., Yoshida H., Mamada Y. et al. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice // World J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 14, № 19. – P. 3000-3005.
5. Tsukada K., Takada T., Miyazaki M. et al. Risk factors for biliary tract and ampullary carcinomas and prophylactic surgery for these factors // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2008. – Vol. 15, № 1. – P. 31-40.
6. Wheeler P.G., Atrey A., Healey A., et al. A cause of cholestatic jaundice // Gut. – 2007. – Vol. 56, № 2. – P. 1346.

ВВЕДЕНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



Уваров Д.Н.

АВТОРЫ

**Уваров Д.Н.¹,
Антипин Э.Э.¹,
Земцовский М.Я.¹,
Кожина Т.В.²,
Левин А.В.²,
Кузнецов Д.Г.²**

1. ГОУ ВПО «Северный государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Архангельск

2. ГБУ АО «Архангельский клинический
онкологический диспансер»

Несмотря на развитие и внедрение в практику новых лекарственных средств и высокотехнологичных методов послеоперационной аналгезии, почти 50% пациентов и более описывают проводимое им после операции обезболивание как недостаточное [11, 33, 37]. Доказано, что некупированный болевой синдром после травматичных операций усиливает нейроэндокринный и метаболический стресс-ответ организма, задерживает восстановление пациента, вследствие чего может увеличиваться продолжительность госпитализации и стоимость лечения [33]. Выраженная боль обуславливает развитие респираторных нарушений, сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений, парез желудочно-кишечного тракта с транслокацией кишечной флоры и развитием стрессорных язв. К тому же, по мнению некоторых авторов, некупированный болевой синдром может повышать тонус сосудов в зоне оперативного вмешательства и за счет развития тканевой гипоксии повышать риск инфекционных осложнений [17].

По-прежнему, основным методом послеоперационной аналгезии вне отделений интенсивной терапии является внутримышечное назначение опиоидов. По мнению N. Rawal, при этом происходит назначение либо слишком больших, либо недостаточных доз наркотических аналгетиков. В зависимости от индивидуальных потребностей и особенностей пациента плазменная концентрация препаратов колеблется от уровня неадекватной аналгезии до избыточной седации. По мере увеличения временного промежутка между требованием пациента и назначением препарата боль усиливается [31].

В последние несколько десятилетий активное изучение патофизиологических механизмов боли, открытие современных местных анестетиков привело к бурному развитию регионарных методов анестезии/аналгезии в «большой» хирургии, ведущее место среди которых занимает эпидуральная аналгезия. Однако в ряде случаев нейроаксиальные блокады могут быть противопоказаны или не проводятся в целях безопасности из-за отсутствия адекватного мониторинга витальных функций в профильных хирургических отделениях. В связи с критическим отношением к монотерапии опиоидами, потребностью в ранней активизации пациентов после операции, в литературе все больше говорится о преимуществах периферических регионарных методов послеоперационной аналгезии, в том числе в абдоминальной хирургии, гинекологии и акушерстве [1, 2, 4, 15].

науча и практика

Создание современных местных анестетиков, смещение предпочтений от центральных нейроаксиальных блокад к периферическим обуславливают более широкое применение регионарного обезболивания в послеоперационном периоде.

Инфильтрация местными анестетиками зоны оперативного вмешательства известна с момента открытия свойств кокаина в конце 19 столетия и с успехом применяется в наши дни. Но послеоперационная анальгезия в этом случае ограничена продолжительностью действия вводимого анестетика. В связи с этим перспективной методикой послеоперационного обезболивания является продленная инфузия местного анестетика в рану.

В последнее время в литературе значительное внимание уделяют относительно новой методике анальгезии, заключающейся в катетеризации операционной раны и постоянной инфузии местного анестетика. Опубликованы данные о применении данной методики при открытых абдоминальных [2, 4, 8, 34], гинекологических [1, 12, 16, 42], урологических операциях [13, 21, 39].

Согласно результатам метанализа, включающего 542 открытые лапаротомии при колопроктологических вмешательствах, показана эффективность внутрираневого анальгезии на основе снижения интенсивности боли при кашле в течение первых трех дней послеоперационного периода [19]. Авторы отметили перспективность методики продленного введения местных анестетиков в операционную рану, но в связи с разнородностью анализируемых данных считают, что необходимы дальнейшие исследования по данной теме, в том числе и по оценке фармакоэкономических преимуществ методики.

В исследовании М. Beaussier, выполненном у 42 пациентов, перенесших срединную лапаротомию и гемиколэктомии, непрерывная инфузия 10 мл 0,2% ропивакаина в час (n=21) через предбрюшинно установленный катетер приводила к значительному снижению послеоперационной боли и потребности в опиоидах в сравнении с плацебо (n=21) в течение 72 ч послеоперационного периода. Наряду с этим, в исследуемой группе повысилось качество сна, а также отмечено более раннее восстановление функции ЖКТ и сокращение длительности госпитализации [4].

Противоположные результаты приводит А. L. Polglase при исследовании эффективности анальгезии введением в рану 0,54% ропивакаина в течение 72 ч после срединной лапаротомии по поводу колопроктологических вмешательств у 310 пациентов по сравнению с инфузией плацебо. По результатам снижения интенсивности боли при движении в первые сутки послеоперационного периода лучшая анальгезия была достигнута при использовании мультимо-

дального подхода. Применение эластомерных помп для проведения продленной инфузии ропивакаина является безопасным [28].

Интересны данные S. Bertoglio, свидетельствующие о сходном эффекте обезболивания внутрираневого инфузии 0,2% ропивакаина со скоростью 10 мл/час и непрерывной эпидуральной анальгезии после оперативных вмешательств по поводу колоректального рака. При этом пациенты в группе катетеризации раны отмечали более качественный сон и уменьшение частоты диспептического синдрома; также отмечена тенденция к уменьшению длительности госпитализации [5].

Противоположные результаты опубликованы М. С. de Almeida, показывающие превосходство по эффективности контролируемой пациентом эпидуральной анальгезии в сравнении с контролируемой пациентом инфузии ропивакаина в операционную рану. Авторы отмечают, что лучшее обезболивание в группе катетеризации раны наблюдается при более глубоком размещении катетера [10].

По мнению большинства авторов, катетер необходимо устанавливать субфасциально или предбрюшинно [3, 4, 13, 29]. Через установленный перед ушиванием раны катетер некоторые авторы выполняют болюсное введение 10-20 мл анестетика [4, 8]. Наиболее часто применяется 0,25-0,5% бупивакаин и 0,2-0,375% ропивакаин. Скорость инфузии варьирует от 2 до 10 мл/час. Введение раствора в большинстве исследований осуществляли эластомерной помпой, что является наиболее удобным вариантом, так как позволяет не ограничивать пациента в движениях.

В последнее время многие авторы оценили эффективность послеоперационной анальгезии с помощью катетеризации операционной раны и продленной инфузии местных анестетиков при гинекологических операциях. В 2002 г. W. M. Leong с коллегами опубликовали результаты исследования, включавшего 52 пациентки, подвергшихся абдоминальной гистерэктомии. В исследуемой группе (n=26) в течение 48 ч проводили инфузию 0,5% бупивакаина в рану со скоростью 2 мл/ч в сочетании с внутривенной аутоанальгезией морфином. В контрольной группе (n=26) анальгезия была только системной. Авторы не выявили различий между группами ни по уровню боли, ни по расходу морфина [24].

Мы считаем, что, скорость инфузии местного анестетика в приведенном исследовании была недостаточной. Это подтверждают и результаты проведенного в 2005 г. исследования S. Gupta с коллегами. В рандомизированное контролируемое исследование было включено 100 пациенток после гистерэктомии. Катетер укладывали перед ушиванием операционной раны под прямую мышцу живота. Пациенткам

— наука и практика —

проводили инфузию 0,25% бупивакаина 10 мл/ч в сочетании с системным введением НПВП и наркотических анальгетиков. Показаны статистически значимые различия уменьшения интенсивности боли в группе бупивакаина, а также меньший расход опиоидов и, соответственно, снижение частоты диспептических расстройств [16].

По мнению R. Gómez и соавторов (2009), послеоперационная боль эффективно купируется введением местного анестетика в операционную рану после гистерэктомии, обеспечивая удовлетворенность пациенток качеством обезболивания и сокращение потребления наркотических анальгетиков [15].

Из семи опубликованных исследований по применению инфузии местных анестетиков в операционную рану после кесарева сечения, шесть были рандомизированными, двойными слепыми, плацебо-контролируемыми [12, 14, 18, 23, 26, 27, 30, 35]. Во всех случаях был выполнен разрез по Пфанненштилю. В трех исследованиях введение местных анестетиков снижало расход опиоидов в послеоперационном периоде и улучшало комфорт пациента по сравнению с плацебо [10, 12, 22]. При использовании для продленной анальгезии раны 0,25% раствора бупивакаина обезболивание было настолько эффективным, что внутривенное добавление диклофенака (75 мг каждые 8 ч) не оказывало никакого влияния на его качество [41].

В исследовании P. O. Ranta, включающем 40 пациенток после кесарева сечения, показано, что эпидуральная анальгезия 0,125% левобупивакаином сходна по эффективности с внутрираневого анальгезией 0,25% левобупивакаином в режиме болюсного введения по 10 мл. Авторы отмечают, что введение местных анестетиков в операционную рану может быть отличной альтернативой более инвазивной методике эпидуральной анальгезии [30]. В исследовании P. O'Neil доказана эффективность инфузии 0,2% ропивакаина 5 мл/ч через предбрюшинный катетер в течение 24 ч после операции кесарева сечения в сравнении с эпидуральной анальгезией морфином, при этом в группе ропивакаина зарегистрирована меньшая интенсивность боли и достоверно меньшая частота диспептического синдрома и кожного зуда. Заостряется внимание на целесообразности установки катетера субфасциально, а также важности болюсного введения более концентрированного раствора местного анестетика в операционную рану перед началом продленной инфузии [27]. J. P. Kainu отмечает, что продленная инфузия местного анестетика в операционную рану после операции кесарева сечения не всегда может обеспечить адекватное обезболивание без опиоидов [18].

Нахождение катетера в операционной ране порой может вызвать опасения в отношении ее микробной контаминации. В ряде клинических и экспери-

ментальных работ были доказаны антимикробные свойства у большинства местных анестетиков как к облигатной, так и к патогенной микрофлоре [17]. В целом, катетеризационная анальгезия не вызывала каких-либо клинически значимых осложнений или побочных эффектов, нет сообщений о местных и системных инфекционных осложнениях [1, 12, 30, 41], о развитии токсичности при использовании данной методики в акушерстве [12, 30], об увеличении случаев послеоперационной тошноты и рвоты. Описаны единичные случаи развития целлюлита раны [12, 14], но даже при этом задержки в заживлении раны не отмечено [14, 23].

В исследовании T. Rackelboom (2010) изучали эффективность анальгезии введением местных анестетиков в рану после кесарева сечения при различных вариантах установки катетера. В одной группе катетер устанавливали надaponевротически, в другой – под апоневроз. Показана лучшая анальгезия и опиоидсберегающий эффект при подaponевротическом расположении катетера. Авторами не зарегистрировано побочных эффектов, связанных с катетеризацией операционной раны [29].

Недостаточно изученным является влияние местных анестетиков на модуляцию раневого стресс-ответа. Согласно данным B. Carvalho (2010), подкожное введение бупивакаина изменяет соотношение медиаторов в раневом отделяемом у здоровых женщин в течение первых суток после кесарева сечения, показано уменьшение активности интерлейкина-10 и увеличение субстанции P по сравнению с контрольной группой. По заключению авторов требуется дальнейшее исследование течения местного воспалительного ответа и заживления раны [6].

Многие исследователи оценили эффективность применения инфузии местных анестетиков в рану после грыжесечения. K. A. Le Blanc с коллегами выявили высокую эффективность анальгезии продленным введением 0,5% бупивакаина со скоростью 2 мл/ч после пахового грыжесечения по сравнению с плацебо. По мнению авторов, данная методика является оптимальным вариантом обезболивания после пахового грыжесечения, обеспечивающим максимальное сокращение потребности в наркотических анальгетиках, без увеличения риска инфицирования раны [24].

Аналогичные результаты получены в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании A. Stewart [34]. Отмечена эффективная анальгезия, особенно клинически выраженная при активизации пациентов, что создавало благоприятные условия для их более ранней выписки и снижения общей стоимости лечения.

С другой стороны, в исследовании M. J. Schutt [34] не найдено достоверного уменьшения выраженности по-

— наука и практика —

слеоперационного болевого синдрома и потребности в опиоидах у пациентов, получавших инфузию бупивакаина в течение 60 ч после пахового грыжесечения. В связи с дополнительными расходами, по мнению автора, широкое применение данной методики ограничено. Также и В. В. Kristensen, не выявив преимуществ инфузии местных анестетиков в операционную рану после радикальной простатэктомии, считает ее применение при этих операциях нередко излишним [21].

А. Renghi успехом применил продленное введение местного анестетика в операционную рану после оперативных вмешательств на брюшном отделе аорты в рамках концепции быстрой хирургической реабилитации. В данном исследовании авторы не выявили значимых различий по уровню обезболивания и срокам реабилитации при нейроаксиальной блокаде и периферической анальгезии, отметив больший расход местного анестетика при инфузии местного анестетика в рану [32].

Эффективность продленной инфузии местных анестетиков в рану при открытой простатэктомии изучали ещё в одном рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании [39]. Использовали 0,5% бупивакаин со скоростью 2 мл/ч. Катетер устанавливали предбрюшинно. Болюсное введение анестетика перед ушиванием не использовали. Не было выявлено преимуществ перед стандартной системной анальгезией ни в покое, ни при активизации пациентов. Расход опиоидных анальгетиков был идентичен стандартным режимам обезболивания. Нельзя не отметить, что отрицательный результат был обусловлен, вероятно, небольшой скоростью введения местного анестетика и отсутствием болюса перед инфузией.

Безопасность и эффективность катетеризации операционной раны показана и при нефрэктомии. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включало 168 пациентов после нефрэктомии. Два фенестрированных катетера устанавливали под внутреннюю косую мышцу в зоне оперативного вмешательства. Пациенты одной группы получали постоянную инфузию 0,5% ропивакаина со скоростью 4 мл/ч, в контрольной группе вводили 0,9% NaCl. Болюсное введение местного анестетика не проводили. Авторы отмечают статистически значимое сокращение потребности в морфине, а также затрат на лечение за счет сокращения длительности госпитализации. Не выявлено каких-либо осложнений, связанных с катетеризацией операционной раны и инфузией местных анестетиков [13].

Существует сложившееся и доказанное мнение, что эпидуральная анальгезия является оптимальным выбором при операциях на «верхних отделах» брюшной полости. Однако проблемы, связанные с потенциальным риском неврологических осложнений и гемодинамических нарушений, особенно у пациентов старшей возрастной группы, требуют поиска альтернативных методик анальгезии [3, 33].

Опубликовано два исследования по применению постоянной инфузии местных анестетиков после операций на печени [3, 8]. В пилотном исследовании [3], включавшем 10 пациентов после резекции печени, при ушивании раны субфасциально устанавливали два фенестрированных катетера. Проводили инфузию 0,25% бупивакаина в течение 72 ч. По заключению авторов, метод показал простоту и безопасность как альтернативный метод анальгезии; рекомендовано дальнейшее исследование эффективности этого метода обезболивания. В другом исследовании [8] сравнивали эффективность послеоперационной анальгезии с помощью постоянной инфузии 0,25% ропивакаина через два катетера, установленных в операционную рану, в сравнении с плацебо после лапаротомии при операциях на печени. В группе ропивакаина отмечено сокращение потребности в морфине. При анализе данных спирографии показано уменьшение жизненной емкости легких в обеих группах, но более выраженное в контрольной группе.

Заключение. Методика введения местных анестетиков в операционную рану является простой, удобной и безопасной для послеоперационной анальгезии, так как не имеет побочного влияния на сознание и состояние жизненно важных систем, способствует снижению потребности в наркотических анальгетиках при оперативных вмешательствах в акушерстве, гинекологии, колопроктологии и других разделах абдоминальной хирургии, особенно у тех категорий больных, которые по объему операции не нуждаются в лечении в условиях ОРИТ и после блока посленаркозного наблюдения переводятся в палаты профильных отделений.

Предпочтительным является использование многоперфорированных катетеров, обеспечивающих более равномерное распределение местного анестетика в операционной ране.

Выбор местного анестетика, его оптимальной концентрации, скорости и объема введения в операционную рану, локализации и характера раневых катетеров, метода введения имеет большое значение, т.к. до настоящего времени анализ исследований показал разночтение полученных результатов. Сегодня еще метод продленной внутрираневого анальгезии не имеет сложившихся подходов на основе доказательности схем, поэтому требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уваров Д.Н., Земцовский М.Я., Антипин Э.Э., Свицкий Д.А., Левин А.В., Недашковский Э.В. Эффективность и безопасность продленной инфильтрации ропивакаином операционной раны после экстирпации матки // *Вестник анестезиологии и реаниматологии* – 2012 – том 9, №6 – С.18-24.
2. Ansaloni L., Agnoletti V., Bettini D., et al. The analgesic efficacy of continuous elastomeric pump

— наука и практика —

ropivacaine wound instillation after appendectomy // *Journal of Clinical Anesthesia*. – Vol. 19, N. 4. – P. 256-263.

3. Basu S., Tamijmarane A., Bulters D., et al. An alternative method of wound pain control following hepatic resection: a preliminary study // *The official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*. – 2004. – Vol. 6, N. 3. – P. 186-189.

4. Beaussier M., El'Ayoubi H., Schiffer E., et al. Continuous preperitoneal infusion of ropivacaine provides effective analgesia and accelerates recovery after colorectal surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Anesthesiology*. – 2007. – Vol. 107, N. 3. – P. 461-468.

5. Bertoglio S., Fabiani F., Negri P.D., et al. The postoperative analgesic efficacy of preperitoneal continuous wound infusion compared to epidural continuous infusion with local anesthetics after colorectal cancer surgery: a randomized controlled multicenter study // *Anesthesia and analgesia*. – 2012. – Vol. 115, N. 6. – P. 1442-1450.

6. Carvalho B., Clark D.J., Yeomans D.C., et al. Continuous subcutaneous instillation of bupivacaine compared to saline reduces interleukin 10 and increases substance p in surgical wounds after cesarean delivery. // *Anesthesia and analgesia*. – 2010. – Vol. 111, N. 6. – P. 1452-1459.

7. Chan S.K., Lai P.B., Li P.T., et al. The analgesic efficacy of continuous wound instillation with ropivacaine after open hepatic surgery // *Anaesthesia*. – 2010. – Vol. 65 (12) – P. 1180-1186.

8. Cheong W.K., Seow-Choen F., Eu K.W., et al. Randomized clinical trial of local bupivacaine perfusion versus parenteral morphine infusion for pain relief after laparotomy // *The British journal of surgery*. – 2001. – Vol. 88, N. 3. – P. 357-359.

9. Crosbie E.J., Massiah N.S., Achiampong J.Y., et al. The surgical rectus sheath block for post-operative analgesia: a modern approach to an established technique // *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. – 2012 Vol. 160, N. 2. – P. 196-200.

10. de Almeida M.C., de Figueiredo Locks G., Gomes H.P., et al. Postoperative analgesia: comparing continuous epidural catheter infusion of local anesthetic and opioid and continuous wound catheter infusion of local anesthetic // *Rev. Bras. Anesthesiol.* – 2011. Vol. 61, N. 3. – P. 293-303.

11. Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. // *British journal of anaesthesia*. – 2003. – Vol. 91, N. 3. – P. 448-449.

12. Fredman B., Shapiro A., Zohar E., et al. The analgesic efficacy of patient-controlled ropivacaine instillation after Cesarean delivery // *Anesthesia and analgesia*. – 2012. – Vol. 91, N. 6. – P. 1436-1440.

13. Forastiere E., Sofra M., Giannarelli D., et al. Effectiveness of continuous wound infusion of 0.5% ropivacaine by On-Q pain relief system for postoperative pain management after open nephrectomy // *British journal of anaesthesia*. – 2003. – Vol. 101, N. 3. – P. 841-845.

14. Givens V.A., Lipscomb G.H., Meyer N.L. A randomized trial of postoperative wound irrigation with local anesthetic for pain after cesarean delivery // *American journal of obstetrics and gynecology*. – 2003. – Vol. 186, N. 6. – P. 1188-1191.

15. Gómez R.M.A., Vázquez B.L., Nieto S.L., et al. Efficacy of a continuous infusion of local anesthetic into the surgical wound for pain relief after

abdominal hysterectomy // *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* – 2003. – Vol. 56, N. 7. – P. 417-424.

16. Gupta S., Maheshwari R., Dulara S.C. Wound instillation with 0.25% bupivacaine as continuous infusion following hysterectomy // *Middle East journal of anesthesiology*. – 2005. – Vol. 18 (3) – P. 592-610.

17. Johnson S.M., Saint J.B.E., Dine A.P. Local anesthetics as antimicrobial agents: a review // *Surgical infections*. – 2008. – Vol. 9, N. 62. – P. 205-213.

18. Kainu J.P., Sarvela J., Halonen P., et al. Continuous wound infusion with ropivacaine fails to provide adequate analgesia after caesarean section // *Int. J. Obstet. Anesth.* – 2012. Vol. 21, N. 2. – P. 119-124.

19. Karthikesalingam A., Walsh S.R., Markar S.R., et al. Continuous wound infusion of local anaesthetic agents following colorectal surgery: systematic review and meta-analysis // *World journal of gastroenterology*. – 2008. – Vol. 14, N. 34. – P. 5301-5305.

20. Kristensen B.B., Christensen D.S., Ostergaard M. Lack of postoperative pain relief after hysterectomy using preperitoneally administered bupivacaine // *Regional anesthesia and pain medicine*. – 1999. – Vol. 24, N. 6. – P. 576-580.

21. Kristensen B.S., Fenger-Eriksen C., Pedersen K.V., et al. Wound infusion of bupivacaine following radical retropubic prostatectomy: a randomized placebo-controlled clinical study. – *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2013. – Vol. 30, N. 3. – P.124-428.

22. Kushner D.M., LaGalbo R., Connor J.P., Chappell R, Stewart SL, Hartenbach EM. Use of a bupivacaine continuous wound infusion system in gynecologic oncology: a randomized trial // *Obstetrics and gynecology*. – 2005. – Vol. 106 (2) – P. 227-233.

23. Lavand'homme P.M., Roelants F., Waterloos H., et al. Postoperative analgesic effects of continuous wound infiltration with diclofenac after elective Cesarean delivery // *Anesthesiology*. – 2008. – Vol. 106, N. 6. – P. 1220-1225.

24. LeBlanc K.A., Bellanger D., Rhynes V.K., et al. Evaluation of continuous infusion of 0.5% bupivacaine by elastomeric pump for postoperative pain management after open inguinal hernia repair // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2005. – Vol. 200 – 2005, N. 2. – P. 198-202.

25. Leong W.M., Lo W.K., Chiu J.W. Analgesic efficacy of continuous delivery of bupivacaine by an elastomeric balloon infusor after abdominal hysterectomy: a prospective randomised controlled trial // *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. – 2002. – Vol. 42, N. 5. – P. 515-518.

26. Mecklem D.W., Humphrey M.D., Hicks R.W. Efficacy of bupivacaine delivered by wound catheter for post-Caesarean section analgesia // *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. – 1995. – Vol. 35, N. 4. – P. 416-421.

27. O'Neill P., Duarte F., Ribeiro I., et al. Ropivacaine continuous wound infusion versus epidural morphine for postoperative analgesia after cesarean delivery: a randomized controlled trial // *Anesthesia and analgesia*. – 2012. – Vol. 114, N. 1. – P. 179-185.

28. Polglase A.L., McMurrick P.J., Simpson P.J., et al. Continuous wound infusion of local anesthetic for the control of pain after elective abdominal colorectal surgery // *Diseases of the colon and rectum*. – 2007. – Vol. 50, N. 12. – P. 2158-2167.

29. Rackelboom T., Le Strat S., Silvera S., et al. Improving continuous wound infusion effectiveness

for postoperative analgesia after cesarean delivery: a randomized controlled trial // *Obstetrics and gynecology*. – 2010. – Vol. 116, N. 4. – P. 893-900.

30. Ranta P.O., Ala-Kokko T.I., Kukkonen J.E., et al. Incisional and epidural analgesia after caesarean delivery: a prospective, placebo-controlled, randomized clinical study // *International journal of obstetric anesthesia*. – 2010. – Vol. 15, N. 3. – P. 189-194.

31. Rawal N. Postoperative pain and its management // In Raj PP: *Practical Management of Pain*. 2nd Ed. Mosby-Year Book, Malvers, PA, 1992 – P. 367.

32. Renghi A., Gramaglia L., Casella F., et al. Local Versus Epidural Anesthesia in Fast-Track Abdominal Aortic Surgery. // *J Cardiothorac Vasc Anesth.* – 2012. – Dec 27, in press.

33. Samaraee A., Rhind G., Saleh U., et al. Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: a review // *The surgeon: journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. – 2010. – Vol. 8, N. 3. – P. 151-158.

34. Schurr M.J., Gordon D.B., Pellino T.A., et al. Continuous local anesthetic infusion for pain management after outpatient inguinal herniorrhaphy // *Surgery*. – 2004. – Vol. 136, N. 3. – P. 761-169.

35. Stewart A., Fan M.M., Fong M.J., et al. Randomized trial of a pain control infusion pump following inguinal hernia repair // *The Australian and New Zealand journal of surgery*. – 2004 – Vol. 74, N. 10. – P. 873-876.

36. Wang L.W., Wong S.W., Crowe P.J., et al. Wound infusion with local anaesthesia after laparotomy: a randomized controlled trial // *The Australian and New Zealand journal of surgery*. – 2010. – Vol. 80, N. 11. – P. 794-801.

37. Wilder-Smith O.H.G., Arendt-Nielsen L. Postoperative hyperalgesia // *Anesthesiology*. – 2006. – Vol.104, N. 3. – P. 601-607.

38. Wright J.L., Durieux M.E., Groves D.S. A brief review of innovative uses for local anesthetics // *Current opinion in anaesthesiology*. – 2008 – Vol. 21, N. 5. – P. 651-656.

39. Wu C., Partin A., Rowlington A., et al. Efficacy of continuous local anesthetic infusion for postoperative pain after radical retropubic prostatectomy // *Urology*. – 2008. – Vol. 66, N. 2. – P. 366-370.

40. Zink W., Graf B.M. Benefit-risk assessment of ropivacaine in the management of postoperative pain // *Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience*. – 2004 – Vol. 27, N. 14. – P. 1093-1114.

41. Zohar E., Shapiro A., Eidenov A., et al. Post Cesarean analgesia: the efficacy of bupivacaine wound instillation with and without supplemental diclofenac // *Journal of clinical anesthesia*. – 2006. – Vol. 18 (6) – P. 415-421.

42. Zohar E., Fredman B., Phillipov A., et al. The analgesic efficacy of patient controlled bupivacaine wound instillation following total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy // *Anesthesia and analgesia*. – 2001. Vol. 93, N. 2. – P. 482-427.

— наука и практика —

О ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ КМКБСМП



Торопова Л.В.

АВТОРЫ

Торопова Л.В.

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

В последние годы уровень и качество медицинской помощи, профилактических мероприятий зачастую перестали удовлетворять потребности общества на современном этапе его развития.

Ослаблено внимание к воспитательной работе среди медицинского персонала по вопросам этики и соблюдения в учреждениях здравоохранения лечебно-охранительного режима. Медицинские работники забыли, что слово – могучий лечебный фактор и, в ряде случаев, неправильно высказанное пациенту, родственникам слово ранит их, вызывает потерю авторитета и доверия к медицинским работникам, порождает ятрогению. Все это задерживает выздоровление.

Между тем, статьей 6 федерального закона от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон) определен приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, реализующийся, прежде всего, путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациентам со стороны медицин-

ских работников и иных работников медицинской организации.

Согласно статье 73 Закона, медицинские работники в своей деятельности обязаны руководствоваться принципами медицинской этики и деонтологии. В то же время статьей 27 (п.3) Закона определены обязанности пациентов по соблюдению режима лечения и правил поведения в медицинских организациях.

Говорят, что «новое – хорошо забытое старое». В целях реализации в полной мере изложенных выше определений Закона в КМКБСМП разработано Положение о лечебно-охранительном режиме, основанное на Инструктивно-методических указаниях, утвержденных в пору пребывания на посту министра здравоохранения СССР академиком Е.И. Чазовым.

Считаю уместным и полезным для наших читателей разместить Положение о лечебно-охранительном режиме КМКБСМП в этом номере журнала.

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО - ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА»

1. Лечебно-охранительный режим КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении.
2. Должностной обязанностью всего медицинского персонала является правильная организация и неукоснительное соблюдение лечебно-охранительного режима, так как уровень и качество лечебно-охранительного процесса в значительной мере определяется не только профессиональными знаниями и навыками, степени технической оснащенности учреждения, но и культурой медицинского персонала, этическим воспитанием, доброжелательным его взаимоотношением с больными, их родственниками, а также с коллегами по работе.
3. Медицинский персонал обязан внимательно и чутко относиться к больным, не допускать неуместные разговоры в присутствии больных, шума в больничных коридорах и т.д. Четко соблюдать распорядок

— наука и практика —

дня в отделениях.

4. Медицинский персонал обязан всегда находить пути к дружескому контакту с пациентом и его родственниками, не допускать небрежность и бестактность в обращении.

5. Заведующие отделениями и подразделениями больницы должны постоянно осуществлять работу с коллективом по воспитанию высоких моральных качеств, соблюдению медицинской этики, проводить работу над каждым словом и действием врача, медицинской сестры, санитарки и всего обслуживающего персонала. Своевременно разяснять допущенные ошибки и их последствия.

6. Необходимо учитывать, что лечебный процесс в больнице начинается уже в приёмном отделении, и организация его работы определенным образом сказывается на дальнейшем ходе лечения. Поэтому обстановка, с которой впервые сталкивается больной - чистота и уют в помещении, отношение, поведение и внешний вид персонала и т.п., должны поддерживать в больном уверенность в том, что он восстановит свое здоровье.

Четкость работы - обязательное требование для приёмного отделения. В нем всё должно делаться быстро, но в тоже время без лишней спешки и суеты, не в ущерб интересам больного. В присутствии больного персонал приёмного отделения не должен вступать в пререкания с лицами, доставившими его и, несмотря на все трудности (отсутствие свободных мест, одновременное поступление нескольких больных), каждый больной должен быть встречен внимательно и приветливо. Все недоразумения, связанные с направлением больного, выясняются не в его присутствии. При приёме пациента персонал не должен проявлять торопливость и резкость в обращении. С пациентами следует разговаривать спокойно, доброжелательно.

Смена дежурств персонала приёмного отделения не должна нарушать установленного порядка приёма.

Особое значение в первые часы поступления больного приобретает внимательное отношение, вдумчивый подход к оценке соматического и психического состояния.

Сдержанность и внешнее спокойствие медицинского персонала оказывают положительное воздействие на чрезмерные эмоции пациента и сопровождающих его лиц. Неосторожно сказанная фраза может нанести больному непоправимый вред и значительно снизить эффективность всех проводимых в дальнейшем лечебных мероприятий.

При поступлении тяжелых пациентов медицинский персонал не должен проявлять растерянность,

обсуждать тяжесть состояния, задерживать оказание медицинской помощи.

Нельзя поручать приём больного младшему медицинскому персоналу. Каждого поступающего больного должна встретить медицинская сестра, она же готовит его к врачебному осмотру. Младший персонал выполняет только отдельные поручения - переносит, укладывает больного и т.д. Опрос больного и сбор сведений для заполнения медицинской карты стационарного больного (за исключением лицевой части документа) производится исключительно врачом, им же определяются способы санобработки и транспортировки больного в отделение, которые осуществляются под наблюдением и при непосредственном участии среднего и младшего медицинского персонала.

7. Создание максимального покоя для больных является одной из первоочередных задач. Недопустимо обращаться ко всем пациентам на "ты". Такое обезличенное, невежливое обращение, излишняя фамильярность не могут способствовать установлению контакта между персоналом и больным, не создают обстановки взаимного доверия и уважения. В обращении друг с другом персонал также должен быть взаимно вежлив и тактичен.

8. В целях исключения из жизни больницы всех моментов, нарушающих тишину и покой, весь медицинский и обслуживающий персонал в палатах и коридорах должен говорить тихо, и только о том, что имеет непосредственное отношение к работе. В ночное время выполнение медицинского назначения больному следует обеспечить без нарушения покоя остальных больных в палате. Весь распорядок работы отделения должен быть построен с учетом интересов больного, с учетом максимального продления часов сна и отдыха. Грубейшей ошибкой являются факты выполнения врачебных назначений, манипуляций во время дневного отдыха пациентов.

Основную уборку помещения рекомендуется проводить в часы бодрствования больных, причем необходимо обучить персонал производить эту работу без шума.

9. Добиться тишины в отделении можно только в том случае, если сами больные поймут ее необходимость и будут сознательно относиться к установленному распорядку дня. Для этого с пациентами, поступившими в стационар, должна быть проведена беседа о необходимости оберегать не только свой покой, но и покой других пациентов.

10. Организации обходов необходимо уделять особое внимание. Заведующие отделениями, консультанты, заведующие кафедрами и их сотрудники в палате производят только осмотр больного, при этом до-

— наука и практика —

кладывающий врач излагает историю болезни в такой форме, которая не может внушить больному опасения за неблагоприятный исход своего заболевания.

Разбор и обмен мнениями производится вне палаты, не в присутствии больного. В отдельных случаях может быть рекомендован осмотр больного в кабинете врачей с соблюдением тех же правил, как и при обходах в палатах.

11. Особое внимание должно обращаться на обстановку в операционных и перевязочных. Одновременные перевязки могут быть допущены только в исключительных случаях. И использованные материалы необходимо немедленно убирать. Оперировавший хирург и его помощники обязаны помнить, что пациент прислушивается и остро реагирует на каждое их слово, поэтому во время операции весь персонал должен особо следить за своей речью.

12. Борьба с болью - одна из основных проблем и правильное ее разрешение имеет особое значение для всех отделений, особенно, для отделений хирургического профиля. Боль при операциях, перевязках, инструментальных исследованиях и других манипуляциях, травмирует пациента. Кроме того, процедуры, вызывающие боль, не дают той терапевтической эффективности, которую можно было бы от них ждать. Поэтому все манипуляции (перевязки, инъекции и др.) - должны производиться чрезвычайно осторожно, с применением во всех возможных случаях современных способов обезболивания и с предварительной подготовкой больного.

13. Лечебное питание является одним из методов комплексной терапии, и для эффективного его применения требуется ряд организационных мероприятий. Назначение диеты производится дифференцированно, с разъяснением больному её сущности и значения точного соблюдения диеты. Больному и его родственникам должны быть даны соответствующие указания в отношении пищевых продуктов, которые могут быть переданы пациенту.

14. Все сведения о своей болезни больной должен получать исключительно от врача.

Среднему и младшему персоналу не разрешается давать каких - либо справок как самим больным, так и их родственникам о характере заболевания, состоянии и прогнозе.

Нельзя выдавать больному на руки результаты исследований и анализов. Все они передаются непосредственно лечащему врачу и присоединяются к истории болезни.

Истории болезни должны быть недоступны для ознакомления с ними больных. Согласно законо-

дательству, решение об ознакомлении пациента с медицинской документацией принимается исключительно по письменному заявлению пациента или его законного представителя.

15. Совершенно необходимо проводить соответствующую работу с родственниками больных. В первую очередь следует установить такой порядок, при котором они систематически могли бы получать информацию о состоянии здоровья больного непосредственно от лечащего врача. Информация врача должна быть конкретной и правдивой, без ненужной детализации и использования малопонятных медицинских терминов, излишних заверений и обещаний.

Необходимо учитывать, что регулярные свидания с родными зачастую могут оказать на пациента самое благотворное влияние. Поэтому следует максимально увеличить количество приемных часов, организовав их так, чтобы они не нарушали общего режима больницы.

16. Необходимо обратить серьезное внимание на повышение культуры помощи больным, что требует от врача всестороннего развития, клинического кругозора; от него зависит действенность всех лечебно - диагностических мероприятий.

Продуманной, красиво оформленной, современной и полной должна быть информация в вестибюлях и холлах, и какой бы теме не были посвящены медицинские стенды, они должны вести пропаганду здорового образа жизни. Не следует забывать и о внешнем облике всех сотрудников: аккуратность, чистота, неприемлемость экстравагантных нарядов и причесок.

17. К каждому больному, проходящему лечение, требуется вдумчивый и внимательный подход. Никакой перегрузкой не может быть оправдано такое положение, когда врач не моет руки или в резкой форме выражает свое неудовольствие по поводу, по его мнению, необоснованного поступка пациента.

Врач должен подробно разъяснить родным и близким в доступной для них форме правила ухода, значение сделанных медицинских назначений, необходимость соблюдения определенного режима и правил личной гигиены и профилактики.

18. На каждом рабочем месте должен быть предусмотрен строгий порядок по соблюдению лечебно-охранительного режима в конкретном кабинете, палате, отделении и т.д.

Дальнейшее повышение культуры медицинской помощи населению должно сочетаться и органически быть связанным с повышением уровня и качества лечебно-диагностического процесса, с широкой инициативой и творческой мыслью всех медицинских работников.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА БАЗЕ КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КРАСНОЯРСКА



Кузнецов А.Л.

АВТОРЫ

**Кузнецов А.Л.¹,
Ковалев А.В.¹,
Грицан Г.В.^{1,2},
Любченко А.А.^{1,2}**

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

*2. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России.*

Введение: Развитие системы оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения предполагает тиражирование высокотехнологических вмешательств с уровня регионального сосудистого центра в первичные сосудистые отделения.[1]

При остром ишемическом инсульте инфаркт мозга распространяется в течение минут и часов, поэтому реперфузионная терапия является одним из доказанных эффективных методов лечения. Преимуществами селективного внутриартериального тромболитизиса являются: возможность уточнения локализации окклюзии и ее характера; выявление индивидуальных особенностей мозговой циркуляции крови; возможность значимого уменьшения дозы фибринолитического препарата и, тем самым, снижения риска геморрагических осложнений. Данная методика непосредственно механически воздействует на тромб; для этого используются микропроводник и микрокатетер. Селективный внутриартериальный тромболитизис может проводиться за пределами 4-часового терапевтического окна; наличие катетера в пораженной артерии позволяет с помощью контрольной ангиографии оценить процесс лизиса тромба и восстановления циркуляции.[4,6,8,10,11]

— наука и практика —

Существует много споров о том, какой метод лечения аневризмы сосудов головного мозга лучше: хирургическое клипирование или эндоваскулярная окклюзия. Оба метода имеют свои преимущества и недостатки. Способ лечения для каждого больного выбирается индивидуально, исходя из специфики случая, после коллегиального обсуждения нейрохирургами, неврологами и эндоваскулярными хирургами [2,3,7].

В настоящее время эффективность эндоваскулярных методик в лечении пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультами доказана крупными рандомизированными исследованиями [5,9,12]. В связи с чем клиники, располагающие данными методиками, имеют в своем арсенале больше возможностей помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в сравнении с больницами, где этих методик пока нет.

Эндоваскулярные вмешательства по поводу церебральных аневризм у больных с геморрагическим инсультом и реканализация прецеребральных и интракраниальных сосудов с проведением селективного тромболизиса при ишемическом инсульте были внедрены в Первичном сосудистом центре КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» в 2014 году.

Цель: Проанализировать результаты эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга и ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования: За прошедший период было выполнено рентгенэндоваскулярное выключение аневризм 23 пациентам в острейшем периоде кровоизлияния (первые 3 суток). Средний возраст этих больных составил $44,3 \pm 3,4$ года. Мужчин было пролечено 11 (47,8%), женщин – 12 (53%).

Показаниями к проведению эндоваскулярного лечения являлись:

1. Труднодоступная локализация аневризмы для открытого нейрохирургического вмешательства (офтальмический сегмент ВСА, кавернозный отдел ВСА и сосуды ВББ).
2. Наличие у аневризмы хорошо дифференцированной шейки (соотношение размера шейки и наибольшего поперечного размера тела аневризмы не более чем 1:2).
3. Отказ больного или родственников от открытой нейрохирургической операции.

У 5 (21,7%) пациентов операции выполнялись с

использованием баллон-ассистенции, у 7 (30,4%) пациентов – с использованием стент-ассистенции.

Также проведен анализ 8 случаев селективного тромболизиса, проведенного в клинике в 2014-2015 годах.

Оценивались степень тяжести инсульта по NIHSS, эффективность тромболитической терапии – по уменьшению баллов по шкалам NIHSS, Глазго, Рэнкина, индексу мобильности Ривермид, наличию геморрагических осложнений.

Средний возраст больных, которым проведен селективный тромболизис, составил $58,2 \pm 0,3$ лет. Пациенты мужского пола – 5 (62,5%), женского – 3 (37,5%).

Методика проведения селективного внутриапериартериального тромболизиса состояла из следующих последовательных этапов:

1. Первый этап вмешательства – проведение ангиографии, которой предшествует трансформальный доступ по Сельдингеру.
2. Последовательное проведение катетера в пораженный брахиоцефальный сосуд в зависимости от области поражения: либо в ветви внутренней сонной артерии, либо в ветви вертебральной артерии.
3. По возможности выполняется реканализация окклюзионного сосуда, заводится микрокатетер в область тромбоза и вводится тканевой активатор плазминогена (rt-PA) Актилизе: вначале за тромб, далее в тело тромба, затем перед тромбом (вводится за тромб 5 мг, в тело тромба 10 мг, перед тромбом 5 мг) в течение 60 минут через инфузомат в условиях рентгенооперационной. Каждые 15 минут проводится ангиографический контроль выполнения селективного тромболизиса.
4. Если реканализация места окклюзии в силу различных причин невозможна, катетер доводится до проксимального участка окклюзии, болюсно вводится 1 мг тромболитика, далее – 19 мг через инфузомат по схеме. После реканализации тромбированной артерии и восстановления кровотока производится контрольная селективная ангиография с оценкой восстановленного русла, удаление катетера, осуществление гемостаза прижатием по общепринятой методике.

Оценивались варианты восстановления кровотока: полное восстановление, частичное восстановление, без эффекта.

Через сутки после проведения селективного

— наука и практика —

внутриартериального тромболизиса для оценки сомато-неврологического статуса проводился КТ-контроль.

Консервативная терапия геморрагического и ишемического инсульта проводилась согласно международным и российским рекомендациям.

Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики: определялись средняя арифметическая (М) и средняя квадратичная ошибка (m).

Результаты: Селективный тромболизис был проведен в течение 6 часов от начала клинической симптоматики инсульта. Из них 2-е больных (25%) имели локализацию тромба в ВББ, 3 пациента (37,5%) – с локализацией во внутренней сонной артерии от устья, 3 пациента (37,5%) – с наличием тромба в средней мозговой артерии (M1-M2). При поступлении у 8 больных по шкалам: NIHSS = $10,3 \pm 0,5$; Глазго = $14,2 \pm 0,2$; Рэнкина = $3,5 \pm 0,2$; Индекс мобильности Ривермид $1,8 \pm 0,15$ балла. На следующие сутки после проведения селективного тромболизиса: NIHSS = $6,6 \pm 0,2$ балла. При выписке NIHSS = $4,3 \pm 0,3$ балла. При поступлении косвенные признаки ишемии на КТ выявлены в 3 случаях (37,5%), а в 5 случаях (62,5%) патологических изменений при нейровизуализации не выявлено.

Двое больных (25%), которым проводился селективный тромболизис, умерли. При поступлении у них отмечался выраженный неврологический дефицит – глубокий гемипарез, оглушение, адверсия зрения, тотальная афазия, по NIHSS = 24-26 баллов. Диагностирована окклюзия экстракраниальных отделов ВСА: пролонгированный тромб до M1 сегмента левой СМА. На контрольной селективной ангиографии полного восстановления кровотока не было.

В 6 (75%) случаях наблюдалась полная реканализация, произошел ощутимый регресс неврологического дефицита.

На основании данных литературы и собственного, хоть и небольшого, опыта мы выделили следующие особенности проведения селективного внутриартериального тромболизиса.

В первые 4,5 часа от развития симптоматики инсульта необходимо решить вопрос о проведении селективного тромболизиса (вызвать на консультацию эндоваскулярного хирурга) в следующих ситуациях:

1. При возможности проведения перфузионного метода КТ и определения зоны дефекта перфузии

более 1/3 объема бассейна СМА.

2. Если на МСКТ-ангиографии сосудов головного мозга и брахиоцефальных артерий выявлена окклюзия внутренней сонной артерии в сегменте M1/A1 и проксимальнее.

3. При неэффективности системного тромболизиса (в случае отсутствия клинического эффекта) и/или наличии окклюзии ветвей ВСА (по данным повторных УЗИ БЦА и транскраниального исследования).

В промежутке времени от 4,5 до 6 часов (от развития симптоматики) для каротидного бассейна и от 4,5 до 9 часов для вертебробазилярного бассейна проведение селективного тромболизиса или тромбоэкстракции показано, если:

1. Нет сформированного ишемического очага.

2. Исходный балл по шкале NIHSS от 5 до 25 баллов и по шкале Глазго – не менее 12.

3. При проведении МСКТ-ангиографии выявлена тромботическая окклюзия.

При обследовании пациентов с геморрагическим инсультом с верифицированной аневризматической болезнью аневризма локализовалась: у 3 (13,1%) пациентов – в области артерий вертебробазилярного бассейна (ВББ), у 17 (73,9%) – в области внутренней сонной артерии (ВСА), у 1 (4,3%) – в области среднемозговой артерии (СМА) и у 2 (8,6%) больных – в области передней соединительной артерии (ПСА).

При поступлении у 23 больных по шкалам: NIHSS = $11,5 \pm 0,3$; Глазго = $13,2 \pm 0,1$; Рэнкина = $3,3 \pm 0,1$; Индекс мобильности Ривермид $1,9 \pm 0,1$ балла. На следующие сутки после проведения эндоваскулярного вмешательства NIHSS = $9,1 \pm 0,5$ балла. При выписке NIHSS = $7,6 \pm 0,8$ балла.

Эффективность эндоваскулярного вмешательства при аневризматической болезни оценивали по контрольным ангиографическим данным сразу после окклюзии полости аневризмы микроспиралями. Полное выключение аневризмы из кровотока считали отличным результатом, это было достигнуто в 19 (82,6%) случаях. У одного пациента с гигантской фузиформной аневризмой она была частично эмболизирована для профилактики повторного разрыва. В последующем пациент был направлен в федеральное учреждение здравоохранения для выполнения полного выключения аневризмы.

Послеоперационная летальность составила 8,6% (умерли двое больных в результате развившегося

— наука и практика —

после операции резистентного церебрального вазоспазма), что соответствует показателям летальности в этой группе пациентов по данным ряда российских и зарубежных авторов [2,7].

У одного из пациентов, оперированного в остром периоде кровоизлияния, отмечен интраоперационный разрыв аневризмы (после тотальной окклюзии аневризмы, при «заправлении» части последнего выпадавшего витка спирали в полость аневризмы, развился пришеечный ее разрыв с кровоизлиянием в полость сформировавшейся при первом (дооперационном) разрыве гематомы). При контрольной КТ не было выявлено увеличения гематомы и не последовало неврологических осложнений в послеоперационном периоде. У 20 (86,9%) больных в интра- и послеоперационном периоде осложнений не было.

Заключение: Таким образом, наш опыт показывает возможность проведения селективного тромболизиса или тромбоэкстракции из прецеребральных и интракраниальных сосудов в промежуток времени от развития симптоматики инсульта: от 4,5 до 6 часов – для каротидного бассейна и от 4,5 до 9 часов – для вертебро-базилярного бассейна; и выполнения рентгенэндоваскулярных методик выключения аневризм в острейший период разрыва в условиях первичного сосудистого отделения – при наличии обученных специалистов, полного спектра необходимого расходного материала и отлаженного взаимодействия рентгенэндоваскулярных хирургов с невролого-нейрохирургической службой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков Ю.Н., Хилько В.А., Янкин В.Ф. Внутрисосудистые вмешательства при артериальных аневризмах. В кн.: Внутрисосудистая нейрохирургия – М., Медицина, 1982. С. 124–153.
2. Коновалов А.Н. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга. – М., Медицина, 1973.
3. Скворцова В.И., Голухов Г.Н., Губский Л.В. и др. Системная тромболитическая терапия при ишемическом инсульте // Журнал неврол. и псих. им. С.С. Корсакова 2006. № 106(12). С. 24–31.
4. Скворцова В.И., Голухов Г.Н., Волынский Ю.Д. и др. Высокая эффективность селективного внутриартериального тромболизиса при лечении ишемического инсульта у больных с окклюзией артерий крупного калибра // Журнал неврол. и псих. им. С.С. Корсакова 2006. № 106(12). С. 32–40.
5. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Анисимов К.В., Рамазанов Г.Р. Результаты внедрения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Российской Федерации // Журнал неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. Инсульт 2010 № 12. Вып. 2. С. 17–22.
6. Brisman J. L., Song J. K., Niimi Y., Berenstein A. Treatment Options for Wide-Necked Intracranial Aneurysms Using a Self-Expandable Hydrophilic Coil and a Self-Expandable Stent Combination// AJNR Am.J. Neuroradiol. 26: 1237–1240, 2005.
7. Del Zoppo GJ, Saver JL, Jauch EC, Adams HP Jr and on behalf of the American Heart Association Stroke Council. Expansion of the Time Window for Treatment of Acute Ischemic Stroke With Intravenous Tissue Plasminogen Activator. A Science Advisory From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2009;40:2945.
8. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al., for the ECASS Investigators. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med 2008;359:1317–29.
9. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. The IST-3 collaborative group. Lancet 2012;379:2352–63.
10. The Penumbra Pivotal Stroke Trial Investigators. The Penumbra Pivotal Stroke Trial. Safety and Effectiveness of a New Generation of Mechanical Devices for Clot Removal in Intracranial Large Vessel Occlusive Disease. Stroke 2009;40:2761–68.
11. Pfefferkorn T, et al. Drip, ship, and retrieve: cooperative recanalization therapy in acute basilar artery occlusion. Stroke 2011;41(4):722–26.

— наука и практика —

ГРАФТИНГ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА



Окладников А.Ю.

АВТОРЫ

**Окладников А.Ю.,
Говорушкин П.В.,
Андрянов А.В.**

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

Одной из важнейших задач современной медицины является улучшение качества жизни. Неотъемлемой составляющей этого понятия является половая жизнь, которая зависит как от функционального состояния полового члена, так и от анатомического строения этого органа. Искривление полового члена, обусловленное болезнью Пейрони, встречается достаточно часто: 3 886 случаев на 100 000 мужского населения (по данным аутопсии, до 25%). Этиология и патогенез данного заболевания во многом не ясны, считается, что в основе патогенеза лежат микротравмы полового члена, сопровождающиеся расслоением белочной оболочки полового члена и образованием микрогематом. Активация процессов воспаления пролиферацией фибробластов приводит к формированию фиброзной бляшки в белочной оболочке. В дальнейшем часто наступает кальцификация фиброзных бляшек. В результате фиброзных изменений нарушается эластичность и растяжимость белочной оболочки, что в 80% наблюдений приводит к эректильным деформациям. В 30% случаев болезнь Пейрони сочетается с эректильной дисфункцией.

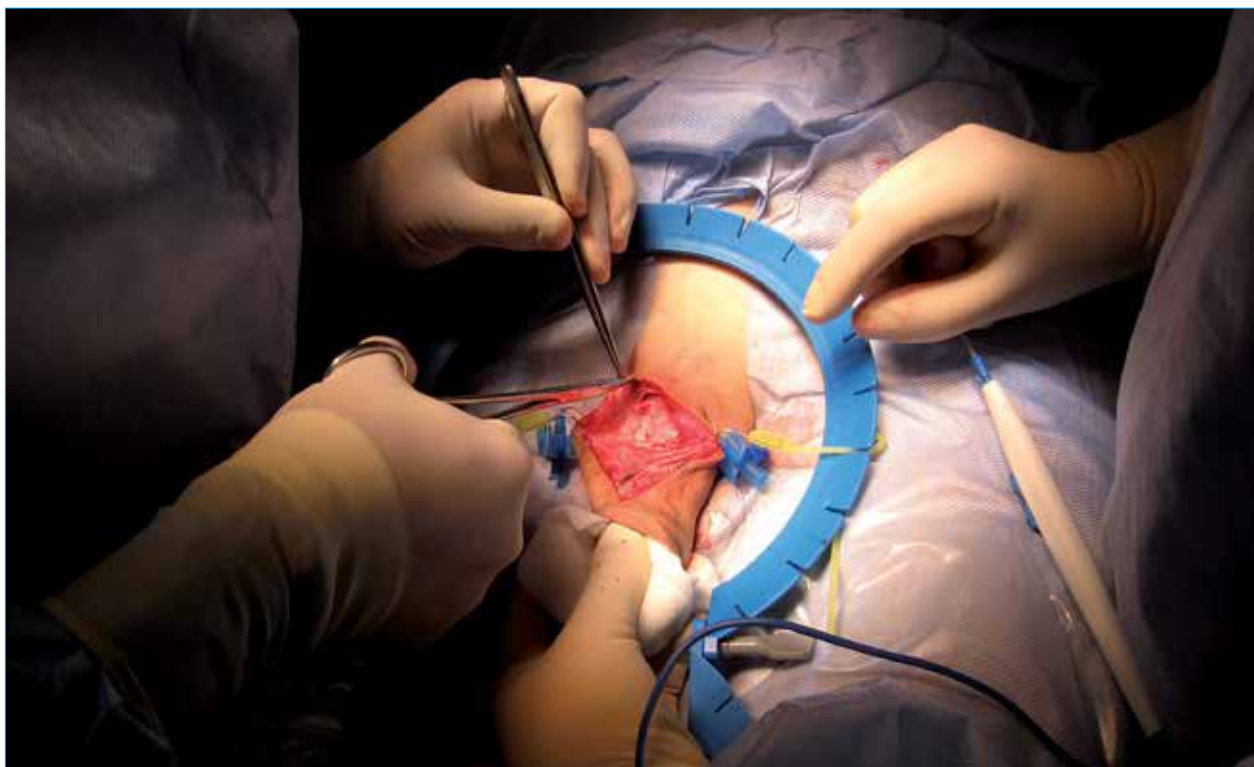
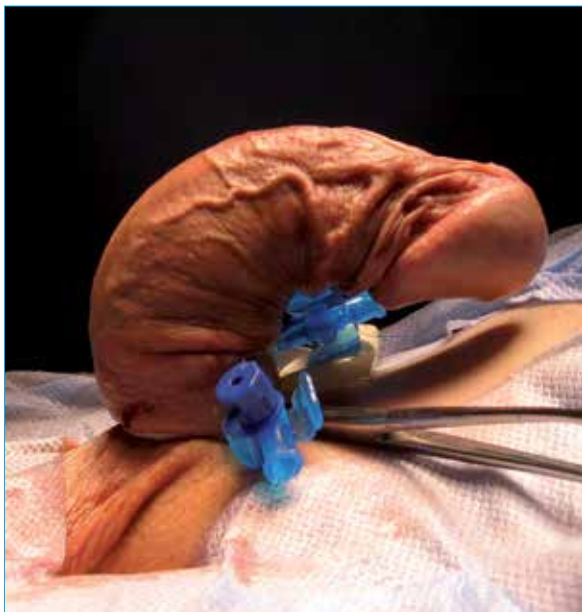
До настоящего времени не получено данных, соответствующих критериям доказательной медицины, о наличии эффективных препаратов для консервативного лечения болезни Пейрони. Однако это не позволяет отказаться от применения средств, которые в острую воспалительную фазу снижают интенсивность болевых ощущений, уменьшают площадь воспаления, способствуют образованию фиброзной бляшки меньшего размера и плотности. В случаях наличия протяженных фиброзных бляшек и искривления полового члена более 50° наиболее оптимальным способом лечения является хирургический метод.

Современные виды оперативного лечения подразумевают:

1. Укорачивающие методики: операция Nesbit и ее модификации, пликационные методы.
2. Иссечение (рассечение) бляшек и графтинг.
3. Имплантация протезов полового члена с графтингом или без.

Мы обратили внимание на возможность графтинга с применением синтетического материала в случаях протяженных «бляшек». Опираясь на опыт работы урологического отделения НУЗ «Дорожная клини-

— наука и практика —



ческая больница ст. Хабаровск-1» (зав. отд. к.м.н. С.В. Маршев), использовали бифуркационный сосудистый протез Басекс (тканевой фторлон – лавсан с нулевой хирургической проницаемостью). «Гофра» означенного изделия обеспечивает увеличение заплаты по длине во время эрекции, сохраняя относительный размер в поперечном направлении.

По данной методике оперировано 3 пациента от 48 до 55 лет с сохраненным либидо. Длительность

заболевания и консервативного лечения во всех случаях была более 2 лет. Обследование включало общеклинические методы, пальпацию и УЗИ полового члена. Индуцирование естественной эрекции выявляло искривление полового члена более 50° в дорзальном направлении. Операция выполнялась под спинномозговой анестезией. Продольным разрезом от венечной борозды к корню послойно рассекались ткани до фиброзной бляшки. Дорзальный сосудисто-нервный пучок тщательно сепарировал-

науча и практика



ся и отводился в сторону. Паракоронарный доступ не применялся, так как протяженность бляшек во всех случаях достигала более 6 см. Далее бляшки иссекались в пределах неизмененных тканей. После оценки размеров дефекта кавернозных тел проводилась подготовка трансплантата. Участок сосудистого протеза рассекался продольно. Получившаяся заплата моделировалась соответственно дефекту. Фиксация трансплантата выполнялась непрерывным обвивным швом (пролен 2-0). Вос-

становливалась фасция Бака отдельными швами (монокрил 2-0).

В послеоперационном периоде проводилось антибактериальное лечение; применялся клексан в дозе 20 мг/сут. через 12 часов после операции; дополнительно, для предотвращения эрекции, вводились седативные препараты и наркотические анальгетики.

Во всех случаях – заживление первичным натяжением. Отторжения трансплантата не отмечалось. Индуцирования эрекции, искривления полового члена не выявлено.

Пациенты осмотрены в динамике через 2 месяца. В двух случаях достигнуты хорошие косметический и функциональный эффекты. Пациенты вполне довольны качеством жизни. В одном случае деформация полового члена также выявлена не была. Однако пациент предъявлял жалобы на значительное ослабление эрекции. Рекомендован прием импазы в течение 3 месяцев. Дальнейшее наблюдение не проводилось в связи с неявкой пациента.

Графтинг с использованием сосудистого протеза при болезни Пейрони, несмотря на малый опыт его применения, по нашему мнению, заслуживает внимания.



— из истории одного отделения —

ANAMNES VITAE ВТОРОЙ ХИРУРГИИ

Анамнез – весьма объемное в медицине понятие. Оно включает в себя не только историю заболевания, но и всю жизнь человека поэтапно. Поэтому не случайно анамнез гармонично связан со становлением и дальнейшим развитием второго хирургического отделения Красноярской больницы скорой медицинской помощи.



АВТОР

Рябков И.А.

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича».

Хирургическое отделение второго этажа нашей больницы было открыто в 1974 году и сразу разделено на первую и вторую хирургии, по 60 коек каждая. Хочу отметить: сама больница и ее отделения имели статус клинических. Первой заведующей второго хирургического отделения стала Вера Павловна Возная, клиническим куратором – профессор Марк Израйлевич Гульман. А вот в формировании врачебными и сестринскими кадрами всегда активно участвовал основатель нашей больницы – великолепный хирург и человек заслуженный врач СССР Николай Семенович Карпович.

В период становления хирургических отделений различий в оперативных вмешательствах не было. Но через пять лет произошли кардинальные изменения в общей хирургии больницы. Хирургическую клинику возглавил заведующий кафедрой госпитальной хирургии мединститута (КГМИ) известный в СССР и за рубежом профессор Юрий Моисеевич Лубенский, а затем она перешла к его ученику, доценту, вскоре ставшему профессором, Рудольфу Абрамовичу Нихинсону. В это же время вторую хирургию возглавила Мария Ариповна Салимжанова, имевшая большой опыт в неотложной хирургии, приобретенный в первой тогда больнице скорой медицинской помощи на улице Горького под руководством знаменитого профессора Иосифа Исааковича Шафера. Та больница так в народе и называлась – «неотложка».

Именно в 70-е годы в СССР большое внимание было уделено развитию медицины. Из общей хирургии выделились онкология, нейрохирургия, травматология и другие специализации. Реформы затронули и нашу больницу. Во второй хирургии стали заниматься, в основном, патологией желудочно-кишечного тракта, сочетанными повреждениями груди и живота, ургентной и плановой патологией сосудов конечностей и живота,

— из истории одного отделения —

Анамнез (от греч. αναμνησις – воспоминание) – совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц. Изучение анамнеза, как и расспрос в целом, не просто перечень вопросов и ответов на них. От стиля беседы врача и больного зависит та психологическая совместимость, которая во многом определяет конечную цель – облегчение состояния пациента.

плановой эндокринной и пластической хирургией. Отбор хирургов в отделение был тщательнейшим. Учитывался прежде всего опыт в оперативных вмешательствах. Кандидатуры врачей-хирургов согласовывались с главным врачом и заведующим кафедрой. Я – живой тому пример. Проработав некоторое время в приемном покое, я накопил определенный практический опыт, и меня, после окончания клинической ординатуры, по распоряжению главного врача перевели именно во вторую хирургию. Помню, будто вчера: восьмой час утра, я захожу в ординаторскую. Сидят врачи, как на консилиуме, во главе с профессором Ю.М. Лубенским. Он, зная меня, задает вопрос: «Кто ты такой и куда пришел?» «Пришел работать хирургом во второе хирургическое отделение», – отвечаю. Повторный вопрос – повторно тот же ответ. Вижу, светло-карие глаза Юрия Моисеевича становятся темно-коричневыми, лицо делается грозным, а вокруг – гробовая тишина. Кто-то будто шепнул мне сверху, и на третий вопрос, вероятно, последний в моей судьбе, я дал правильный ответ: «Пришел работать хирургом во второе клиническое отделение хирургии». И это оказалось самым правильным в моей дальнейшей жизни.

Под руководством мудрых преподавателей кафедры и благодаря собственной инициативе все врачи осваивали самое новое в желудочной хирургии. Делались различные модификации резекций желудка: лестничные, трубчатые, тотальные и субтотальные, аппаратные – по разработкам Ю.М. Лубенского...

Наша вторая хирургия оказалась самой активной и «агрессивной» в Красноярском крае в области желудочной хирургии. Главный хирург края В.А. Анишин на одной из конференций сказал: «За прошедший год в крае сделано 150 резекций желудка. Из них 100 – в БСМП! Это говорит о многом».

Отсутствие в те, теперь уже далекие, годы специализированного оказания экстренной помощи городским больным с сосудистой патологией (варикозная болезнь, аневризмы, травмы сосудов, тромбозы) позволило руководству больницы отправить на специализацию в Москву двоих врачей.

Вторая хирургия также занималась сочетанной травмой груди и живота: еще двое врачей прошли специализацию по этой теме в Новокузнецке, и двое – в клиниках Москвы.

Пластическая хирургия груди и живота осваивалась на месте, под руководством наших профессоров. Этот раздел хирургии до сих пор востребован. Причем не только в плане внешней коррекции человека, но и в повторных коррегирующих операциях на желудке после ваготомий, операциях по поводу гигантских послеоперационных грыж, которые делались по методу Янова. Сейчас редкий хирург, даже с десятилетним стажем, сможет ответить на вопрос об этом методе, а тем более осуществить пластику передней брюшной стенки «по Янову».

Двое врачей нашего отделения, ранее подготовленные, владели как неотложной, так и плановой торакальной хирургией. Делались различные резекции легких, операции на пищеводе, удалялись загрудинные зобы, оперировались сложные торакоабдоминальные ранения.

Всем этим занимались хирурги, средний возраст которых составлял 30 лет. А двигало ими желание познания большего в хирургии. Под руководством известных профессоров в то время были опубликованы статьи в научных сборниках и журналах не только нашей страны, но и за рубежом. Не было года, чтобы врачи второго хирургического отделения не выступали с актуальной темой на собраниях хирургических обществ, на региональных, междугородных и союзных съездах и симпозиумах. И, конечно, постоянно велась научная работа, заканчивавшаяся защитой диссертаций. Нет в крае

— из истории одного отделения —



такой хирургии, где имелось бы столько диссертантов: В.С. Зуев, В.А. Грушкин, А.М. Чихачев, В.Р. Кембель, П.Т. Жиги и ваш покорный слуга.

Выросли и кадры административного значения. Пятеро врачей из отделения сами стали заведующими хирургическими отделениями различных клиник, а двое были назначены главными врачами БСМП: Александр Михайлович Чихачев и Аркадий Борисович Коган.

Дружный коллектив второго хирургического отделения всегда участвовал и участвует во всех организационных мероприятиях больницы, о чем свидетельствуют фотографии прежних лет и современные: на субботнике, на конкурсе лучшей медсестры, «Наш коллектив сегодня».

В настоящее время возглавляет второе хирургическое отделение его же воспитанник, великолепный хирург «от Бога», отличник здравоохранения Российской Федерации Александр Николаевич Черных. Замечу, что все врачи имеют высшую квалификационную категорию. Хирурги отделения, имеющие огромный объем знаний и практический опыт, являются достойными наставниками интернов и приходящих после окончания Красноярского медицинского университета молодых врачей, и, конечно, любимых всеми медицинскими сестер и санитарочек.

Итак, anamnes vitae второго хирургического отделения БСМП продолжается!

ТРАВМАТОЛОГИЯ ПРЕМИАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ



Афанасев Иван Юрьевич

*ведущий специалист
по продукции НК БИОС,
врач травматолог-ортопед*

Как Вы можете оценить современный рынок расходных материалов для травматологии?

Современная травматология шагнула далеко вперед, во многом благодаря принципиально новым методам лечения и подходу к производству расходных материалов, которые являются одной из важных составляющих успеха в лечении пациента.

За последние 15 лет на российском медицинском рынке сформировался новый сегмент – рынок расходных материалов для травматологии. Крупнейшие мировые лидеры зашли на российский рынок имплантатов со своей продукцией, стали заниматься обучением специалистов новым методикам лечения. Чуть позже стали появляться зарубежные аналоги – представители среднего сегмента, а также первые российские производители. Сейчас некоторые всемирно известные фирмы открыли свои заводы в Китае и производят свою продукцию на их мощностях.

С наступлением финансового кризиса начался поиск более доступных по цене производителей, нежели мировые лидеры, но при этом с максимальным сохранением качества. Абсолютно логично, что взгляды специалистов все чаще стали обращаться на азиатские рынки, где, к удивлению многих практиков, на сегодняшний день можно найти продукцию высочайшего качества и доступную по цене.

Какое решение в данных условиях предлагает компания НК БИОС?

Наша компания после скрупулезного и основательного исследования рынка китайских производителей выбрала для себя самого крупного из них – TRAUSON.

На данный момент компания TRAUSON – номер 1 на рынке ортопедической продукции в самой населенной стране мира Китае. Переворотный момент в истории TRAUSON произошел в 2013 году, когда компания была приобретена глобальной корпорацией STRYKER. В завод было инвестировано порядка миллиарда долларов, за счет чего полностью обновился технологический процесс, изменилось качество сырья, логистика. STRYKER передал свой многолетний инженерный опыт – радикально изменились дизайн и философия имплантатов. В команду TRAUSON вошли опытные управленцы, технологи. У завода появилась единственная в Китае испытательная лаборатория, оснащенная по последнему слову техники. В распоряжении инженеров и технологов есть 3D-принтер, благодаря

— медицина и бизнес интервью —

которому готовится к сертификации новое поколение протезов суставов. На подходе новая генерация инновационных пластин для накостного остеосинтеза, защищенных патентом. Из дженериковой компании TRAUSON превращается в инвентора, закрепляя тем самым свои позиции крупнейшего и авторитетного игрока не только на азиатском, но и на мировом рынке.

Что это за продукция?

В портфеле компании весь спектр имплантатов, покрывающий потребности по любому из сегментов в скелетной травме. Продукция TRAUSON – это:

- блокированные пластины для накостного остеосинтеза, включая семейство мини-пластин;
- последнее поколение стержней для интрамедуллярного остеосинтеза, включая легендарную «страйкеровскую гамму» новой генерации;
- семейство канюлированных винтов высочайшего качества;
- демократичные по цене и очень надежные аппараты внешней фиксации;
- системы передней и задней стабилизации шейного отдела позвоночника;
- транспедикулярные системы задней и передней стабилизации грудного и поясничного отделов позвоночника;
- системы межтеловых имплантатов (меш, кейдж);
- системы для перкутанной кифопластики;
- очень удобный высококачественный инструмент для установки имплантатов, включая интуитивно понятную высокоточную систему навигации для блокирования штифтов. Этот инструмент не имеет по соотношению цена – качество аналогов в мире.

Новая генерация имплантатов компании TRAUSON с успехом применяется в НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена.

Вся продукция соответствует стандартам Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения России, стандартам управления по санитарному надзору за качеством медикаментов USFDA (США) и имеет сертификат соответствия Европейского Союза (СЕ).

Портфель спинальных и травматологических продуктов используется в 3500 лечебных учреждениях на территории Китая, Индии, Южной Америки, ЮАР.

Что отличает продукцию компании TRAUSON от других производителей?

Премиальное качество и доступная цена.



Терехов Иван Геннадьевич

врач травматолог
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»:

За время моей работы в практической травматологии мне довелось использовать имплантаты для остеосинтеза практически всех производителей, представленных в регионе.

Не скрою, что был очень приятно удивлен высоким качеством имплантатов, инструмента, продуманностью конструктивных решений.

С уверенностью могу сказать, что данный продукт соответствует высочайшему стандарту премиального качества.

TRAUSON®
ИМПОРТЕР В РОССИИ:
НК БИОС
РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Закажите каталог продукции
TRAUSON по телефону:
+7 (391) 231-24-55

г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 6.
тел.: +7 (391) 231-24-55
www.nk-bios.ru

— золотой фонд БСМП —

АРАРАТ СУРЕНОВИЧ АРУТЮНЯН



АВТОР

**Червяков И.Б. ¹,
Любченко А.А. - мл. ²**

*1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»
2. ФГАОУ ВПО «Сибирский
федеральный университет»,
ИФИЯК*

Ведь совсем не важно – от чего умрешь.
Ведь куда важней, для чего родился.

Омар Хайям

«Земля груш» – таков приблизительный перевод названия деревни Танзатап Горисского района Армянской ССР, где 10 декабря 1938 года в многодетной семье родился Арарат Суренович Арутюнян. После того, как в 1948 году ушел из жизни глава семьи Сурен Самвелович, участник Великой Отечественной войны, вся ответственность за родных легла на плечи старшего сына. Окончив семилетнюю школу, Арарат поступил учиться на фельдшера в Горисское медицинское училище. Окончив его, служил в Советской Армии на территории Белоруссии. А в 1961 году переехал в Красноярск и начал работать медбратом в онкологическом диспансере.

Спустя год Арарат Арутюнян поступил в Красноярский государственный медицинский институт. Его сокурсниками были Д.Н. Алимов, Л.В. Корчагина, Я.Я. Мейнгот, В.А. Шепелевич, М.Т. Огурень. С 1969-го по 1972 год молодой специалист работал в больнично-поликлиническом объединении № 3 врачом-травматологом, впоследствии стал заведующим травмпунктом. А с 1972-го по 1974 год проходил обучение в клинической ординатуре на базе Новокузнецкого института усовершенствования врачей по специальности «Травматология-ортопедия».

В 1980 году, переведясь из БПО № 3, Арарат Суренович начал свою трудовую деятельность в БСМП и с 1983 года являлся врачом высшей категории

— золотой фонд БСМП —

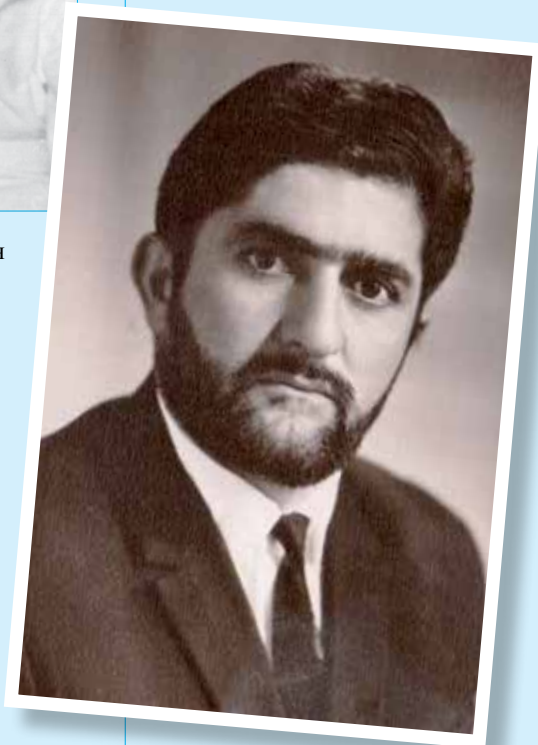


по специальности «Травматолог-ортопед». В 1985 году он был назначен заведующим первым травматологическим отделением, а 1997-м заслуженно награжден медалью «Ветеран труда».

Арарат Суменович всегда подчеркивал жизненную необходимость осознания того, что через несколько дней после проведенной операции больной начинает снова ходить, с каждым днем все увереннее, а потом уже опять бегают на лыжах, танцует и дальше движется к поставленной цели. Коллеги часто вспоминают случай, когда с гастроллями в Красноярск приехал актер Константин Райкин и на репетиции получил травму. Срочно нашли травматолога. После осмотра артиста Арарат Суменович привычным легким движением руки поставил его на ноги — и концерт состоялся.

Оптимизм и вера в свои силы заложены природой в каждом из нас. Умение пробудить эти качества в больном — вот черта, присущая только настоящему врачу.

В жизни Арарат Суменович был непримирим, общителен, постоянно болел за ФК «Спартак», не пропускал ни одного матча по хоккею с мячом, лично был знаком со многими знаменитыми игроками красноярского «Енисея».



Оптимизм и вера в свои силы заложены природой в каждом из нас. Умение пробудить эти качества в больном — вот черта, присущая только настоящему врачу.

Дочь Арарата Суменовича Каринэ Араратовна Червякова пошла по стопам отца и уже много лет работает в БСМП врачом ультразвуковой диагностики.

Арарат Суменович Арутюнян воспитал не одно поколение врачей-травматологов. Все, кто знал Арарата Арутюняна, вспоминают его замечательные человеческие качества: доброту, отзывчивость, желание и умение прийти на помощь.

Арарат Суменович, несмотря на тяжелую болезнь, работал до последнего дня. Его улыбка, его рассказы, шутки и, главное, высочайший профессионализм навсегда останутся в нашей памяти.

— золотой фонд БСМП —

МАРИЯ ГРИГОРЬЕВНА СЕРЕБРЯКОВА РУКИ, ИСЦЕЛЯЮЩИЕ НАС...



АВТОРЫ

Ермошкин О.А.

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Родилась Мария Григорьевна Серебрякова 20 мая 1940 года в обычной белорусской деревне Маккевичи. Детство маленькой Маши пришлось на тяжелое военное время, да и детством это назвать вряд ли можно – его поглотила война...

После окончания школы Мария Серебрякова пошла учиться на курсы медицинских сестер в Гомельской области. В 1960 году уехала в сибирскую глубинку: Красноярский край, поселок Козулька, центральная районная больница. Пять лет проработала медицинской сестра Мария в операционной Козульской ЦРБ, набралась опыта и твердо решила: «Буду поступать в медицинский институт!»

В 1965 году она стала студенткой дневного отделения лечебного факультета Красноярского государственного медицинского института. Во время учебы продолжала работать медсестрой в пульмонологическом отделении ККБ № 1.

В 1971 году, после окончания КГМИ, Мария Григорьевна по распределению была направлена в село Тасеево. С трехмесячной дочкой Натальей на руках она уехала в Тасеевский район – в свою новую школу жизни. Пять лет молодой врач работала акушером-гинекологом в Тасеевской районной больнице. Это было сложное время – время борьбы за жизнь пациентов, время побед и поражений, время потерь и приобретений... Время становления врача Марии Григорьевны Серебряковой!

21 октября 1975 года наша героиня вернулась в Красноярск, где ее ждала еще одна школа жизни: больница скорой медицинской помощи. В новое гинекологическое отделение БСМП молодой специалист Мария Серебрякова пришла,

— золотой фонд БСМП —

имея за плечами бесценный опыт работы в районной больнице. Пришла и осталась. Чтобы исцелять. Чтобы помогать людям...

За 40 лет работы в БСМП Мария Григорьевна спасла десятки жизней, вернула здоровье сотням пациенток, провела несколько тысяч операций. Она пользуется заслуженным уважением среди работников больницы. Все знают, что Мария Григорьевна всегда там, где сложная гинекологическая больная или тяжелая беременная.

Она вырастила не одно поколение талантливых гинекологов-хирургов, которые работают в клиниках не только Красноярского края и России, но и за рубежом.

Будучи «врачом от Бога», Мария Григорьевна не мыслит себя без любимого дела! Ее любят и ценят и пациенты, и коллеги, и ученики...

Вот как отзываются о ней коллеги и близкие:

Н.В. Шкор,

дочь Марии Григорьевны, врач функциональной диагностики КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»: «Написать о маме не просто – нужен талант, вернее сказать, нужны две вещи: любовь и талант. Любовь есть, была и будет, а вот с талантом не так просто. Так случилось, что мы с мамой люди одной профессии – врачи. Наверное, только теперь, когда у меня самой взрослый сын, я понимаю, как ей было нелегко. Раньше мне казалось, что мы мало времени проводим вместе, что на первом месте у нее чужие люди, работа, а потом дом. Я обижалась. Сейчас я знаю точно: на первом месте всегда была я, а люди – это ее пациенты, соседи, знакомые знакомых, которым нужен ее профессиональный совет, а иногда – просто чтобы выслушала. Маму все любят и ценят. Моим одноклассникам и друзьям мама казалась очень строгой, а порой даже суровой. Сказать честно, ребята ее побаивались. Но я-то знала, что это не так. Стоит только посмотреть в ее глаза – в них столько любви и тепла, которые ни с чем не сравнятся. Рядом с ней уютно и спокойно. Сегодня она продолжает трудиться, хотя, наверное, уже может себе позволить отдохнуть... но ей нужно помогать людям, это ее призвание – в этом она вся. Сегодня она профессионал высокого уровня, любящая мама и самая заботливая в мире бабушка. Я очень хочу быть на нее похожей, хотя бы капельку».

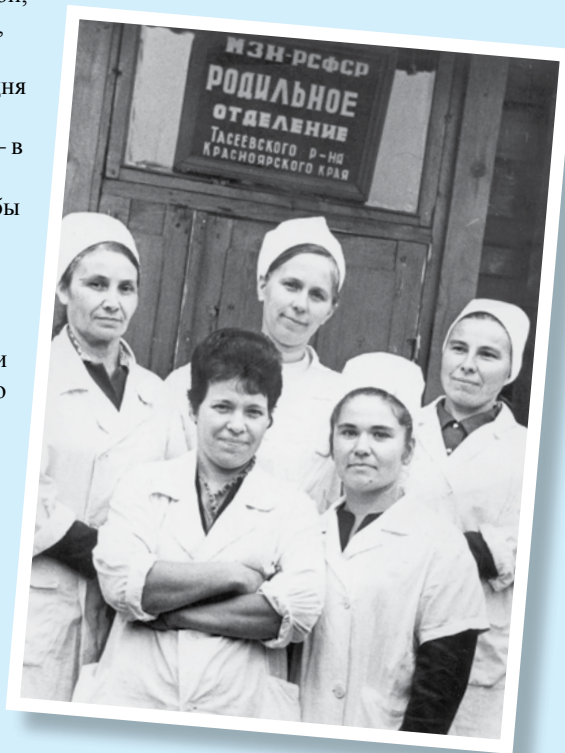
Т.А. Макаренко,

заведующая кафедрой оперативной гинекологии КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, доцент, д.м.н.: «Мария Григорьевна Серебрякова – Человек и Врач с большой буквы. О ее профессионализме ходят легенды. За многолетнюю практику работы в гинекологическом отделении Мария Григорьевна спасла жизни не одной сотне пациенток. И все это были очень сложные, а иногда и критические клинические ситуации. Коллеги ее так и называют: наш спасатель. Отличительной чертой Марии Григорьевны как профессионала является честное служение своему делу. И не важно, закончился ее рабочий день или дежурство, она всегда будет рядом с больной столько, сколько необходимо...»

О.А. Лысенко,

ученица М.Г. Серебряковой, врач акушер-гинеколог КГБУЗ «Краевая клиническая больница»: «Когда я впервые увидела Марию Григорьевну, то, честно говоря, испугалась ее сурового взгляда и резких ответов на мои «глупые» вопросы. Но со временем поняла, что Мария Григорьевна очень добрая, отзывчивая, отличный учитель и наставник! Спасибо ей за то, что она помогла мне стать врачом!»

Вот такой замечательный врач работает в гинекологическом отделении. Человек со сложной судьбой, сильная русская женщина, гордость БСМП!



от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

Выписавшись из клиники после проведенной операции, выражаю глубокую благодарность лечащему врачу-хирургу Бохину Александру Степановичу за его высокий профессионализм при оказании необходимой медицинской помощи, индивидуальный подход при выборе методов лечения, за внимательное, искреннее отношение к пациентам, за верность своему профессиональному долгу врача.

Бочкарева

Главному врачу БСМП
Бохину А.С.
от Бочкаревой А.В.
г. Красноярск, Славы, 1-252
т. 2-25-29-29
8-906-972-65-22

Выписавшись из клиники после проведенной операции, выражаю глубокую признательность лечащему врачу-хирургу Бохину Александру Степановичу за его высокий профессионализм при оказании необходимой медицинской помощи, индивидуальный подход при выборе методов лечения, за внимательное, искреннее отношение к пациентам, за верность своему профессиональному долгу врача.

Бочкарева А.В.

Вх. № 11-ФР от 08.15
КГБУЗ «КМБСМП
им. Н.С. Карповича»

Наличие

Вх. №

Главному врачу БСМП
Бохину А.С.
от Данилиной Е.П.
г. Красноярск, Славы, 1-252
т. 2-25-29-29
8-906-972-65-22

Благодарность

Уважаемый Аркадий Борисович, благодарю Вас за создание хорошего врачебного коллектива 1-го хирургического отделения. В этом отделении работают прекрасные, ответственные, замечательные врачи и медицинские сестры.

С 07.09.2015 по 22.09.2015 находилась в 1-м хирургическом отделении.

Особенно хочется выразить благодарность замечательному врачу Данилиной Е.П.

В этом человеке сочетание профессионализма и человеческих качеств. Таких врачей не только хочется благодарить, но и надеется, что специалистов такого уровня будут обеспечивать достойной материальной поддержкой.

Огромное Вам спасибо!

Вх. № 11-ФР от 23.09.15
КГБУЗ «КМБСМП
им. Н.С. Карповича»

С уважением Данилова
23.09.2015.

Уважаемый Аркадий Борисович, благодарю Вас за создание хорошего врачебного коллектива 1-го хирургического отделения. В этом отделении работают прекрасные, ответственные, замечательные врачи и медицинские сестры.

С 07.09.2015 по 22.09.2015 находилась в 1-м хирургическом отделении.

Особенно хочется выразить благодарность замечательному врачу Данилиной Е.П. В этом человеке сочетание профессиональных и

от всей души

человеческих качеств. Таких врачей не только хочется благодарить, но и надеяться, что специалисты такого уровня будут обеспечиваться достойной материальной поддержкой.

Огромное Вам спасибо!
С уважением, Димова О.

Уважаемый Аркадий Борисович!

Мы, пациенты палаты № 523 гинекологического отделения, выражаем глубокую благодарность всем сотрудникам отделения – от санитарок и медсестер до наших замечательных врачей, оказывающих нам, страждущим женщинам, неоценимую помощь в восстановлении нашего здоровья. Мы благодарны за доброе, чуткое отношение и профессиональный подход всем врачам отделения и возглавляющему его – Олегу Александровичу Ермошкину. Конечно же, благодарим анестезиологов и медсестер отделения – добрых, отзывчивых людей, настоящих профессионалов!

Устраивает все (при скромности интерьера, скорее всего по объективным обстоятельствам): чистота в палатах, коридоре, санузлах, достаточно вкусная пища, обслуживание блока питания – словом все, что касается бытовых моментов. Мы просим руководство больницы обязательно отметить добросовестнейший и такой нелегкий труд всех сотрудников отделения.

Пациенты палаты № 523
гинекологического отделения
16.06.2015

случай из практики

НЕВЫДУМАННАЯ ИСТОРИЯ



Дектярев М.А.

*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича».*

Почему-то в жизни часто получается так, что мы говорим и вспоминаем о человеке хорошее, когда он уже навеки далеко от нас. Сегодня же я хочу рассказать хорошее о человеке, которому желаю долгих лет жизни и здоровья, – о Юрии Александровиче Цибульском. Память человеческая устроена своеобразно, и среди положительных моментов, связанных с Юрием Александровичем, почему-то всплывает прежде всего не то мгновение, когда он подписал мое заявление и благодаря этой подписи я стал врачом третьего хирур-

гического отделения. Нет. Думая о Юрии Александровиче, сначала всегда вспоминается первое дежурство.

У каждого врача есть то мгновение, когда он впервые почувствовал себя доктором. Это когда ты остался с больным один на один, и от твоего решения зависит дальнейшая судьба и жизнь. И больного, и твоя. Когда за спиной никого нет, и решение без права на ошибку приходится принимать самому. Те, кто это пережил, поймут. И если доктор вдруг скажет, что такого в его жизни не было, ну и что такого? Пусть лукавит, может, он просто не хочет об этом говорить.

Такой момент истины в моей жизни наступил благодаря Юрию Александровичу Цибульскому, тогда заведующему третьим хирургическим отделением. История была банальной. Я работал врачом-интерном, проходил практику в третьей хирургии. Составляли график дежурств на январь. Никто не хотел выходить 1-го числа. Когда начался обмен мнениями по поводу того,

— случай из практики —

кто должен дежурить, Юрий Александрович, будучи свидетелем происходящего, в ход беседы не вмешивался. До сих пор в самых мелких подробностях помню эту сцену, хитрый прищур и загадочную улыбку Юрия Александровича и всего одну, решающую фразу во вдруг наступившей тишине: «Пусть дежурит Максим».

Не стану описывать неделю волнения до и утренний бег по новому морозцу из-за боязни опоздать. И вот началось ОНО, первое дежурство. По закону подлости сработал именно он – закон подлости. Появился он в виде каталки из операционной, на которой везли молодого человека родом из Тувы. Его перевели

все номера кожнодиспансера. Как назло, телефоны не отвечали. Наконец, я услышал сонный женский голос из справочной службы (все-таки утро 1 января). Я представился. Мольбами, угрозами, комплиментами и руганью вынудил дежурную найти и привести к телефону дежурного врача ККВД. Даже сейчас, после 17 лет работы, понимаю, что тогда свершилось чудо. Если не верите, попробуйте позвонить в какую-нибудь больницу в выходной день в справочное и уговорить, чтобы к телефону привели дежурного врача.

Доктор мне поведал, что больного лечил заведующий одним из отделений совместно с заведующим

И в ответ услышал: «Ты врач, поэтому обязан парню помочь. Даю тебе час разобраться. Через час позвонишь и доложишь, какое больной получает лечение». Трубку я положил не сразу. Какое-то время вслушивался в короткие гудки, надеясь услышать подсказку между ними.

утром 1 января из ККВД с диагнозом «рубцующийся пемфигоид, осложненный стенозом пищевода». У нас ему наложили гастростому и перевели в мое, третье, хирургическое отделение. Услышав диагноз, я понял, что «попал». В вузе я учился хорошо, и это отразилось на мне не только красным дипломом, но и неплохим набором знаний. Сразу в голове всплыла строка из учебника, гласившая, что «больных, оперированных с рубцующимся пемфигоидом, в послеоперационном периоде необходимо вести на тщательно подобранных дозах гормонов». Но в выписке из ККВД про дозы не было ни слова! Сам парень был тувинцем, плохо говорил по-русски и еще полностью не отошел от наркоза. Где найти эти чертовы дозы гормонов?

В этот момент зазвонил городской телефон. Сняв трубку, я услышал голос Юрия Александровича Цибульского, который спросил, как дела в отделении. Я обрисовал ему ситуацию. И в ответ услышал: «Ты врач, поэтому обязан парню помочь. Даю тебе час разобраться. Через час позвонишь и доложишь, какое больной получает лечение». Не буду скрывать, трубку я положил не сразу. Какое-то время вслушивался в короткие гудки, надеясь услышать подсказку между ними. И вдруг это сладкое чувство, этот спасительный огонек в конце тоннеля, этот незабываемый миг рождения решения! У меня же есть городской телефон! Сотовых телефонов в то время (был 1999 год) еще почти не было, и городской телефон, как средство связи, был незаменим. Через справочное я начал узнавать

шим кафедрой дерматовенерологии профессором Виктором Ивановичем Прохоренковым (тогда еще и ректором КрасГМА). Они подбирали больному дозу гормонов и... постоянной дозы у больного НЕ БЫЛО. Сейчас уже не помню, что наговорил этому дежурному врачу, но (при отсутствии сотовых телефонов!) через 30 минут в ординаторскую позвонил заведующий отделением ККВД, лечивший тувинца, и мы согласовали дозы гормонов, которые следует назначить больному в послеоперационном периоде.

После записи в историю болезни и коррекции назначений я наконец-таки решил позвонить и доложить Юрию Александровичу, что справился с проблемой. Он выслушал и говорит: «Молодец, что справился, я в тебе и не сомневался, но решил помочь. Я тоже посидел на телефоне и узнал домашний телефон Виктора Ивановича Прохоренкова. Если будет нужно, позвони ему и проконсультируйся». Я попробовал выразить сомнение, зачем профессору и ректору академии это нужно в выходной день 1-го января, на что услышал: «Максим, он прежде всего врач, как и мы с тобой, а значит, не откажет».

Ректору я звонить не стал. Виктор Иванович Прохоренков сам позвонил в отделение после обеда, узнав, что у нас были затруднения с больным.

Тогда, 1-го января, дежурство закончилось хорошо. Спасибо Вам за него, Юрий Александрович!



Медтехника

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ



Комплексные решения для медицинских учреждений

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

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА