



НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Коган Аркадий Борисович:

**САМОЕ ВРЕМЯ ПОДВОДИТЬ ИТОГИ ПРОЖИТОГО ГОДА
И СТРОИТЬ ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ.
КАКИМ ОНО БУДЕТ, ЗАВИСИТ И ОТ НАС С ВАМИ.**

— *стр. 16* —

ОЦЕНКА ПРИЧИН ГИБЕЛИ ПОСТРАДАВШИХ
С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

— *стр. 22* —

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

— *стр. 38* —

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОЦЕДУРЫ ПРОДЛЕННОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ
У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

— слово редактора —



Коган А.Б.
Главный врач

Уважаемые коллеги!

Перед вами четвертый, итоговый, выпуск журнала «БСМП». Больница продолжает идти вперед, но хочется подвести некоторые итоги.

Этот год был сложным для всех: для нас, наших руководителей, наших коллег, наших партнеров. Тем не менее, благодаря поддержке министерства здравоохранения Красноярского края и Территориального фонда ОМС, наши пациенты не ощутили этих проблем – медицинская помощь оказана в полном объеме и надлежащего качества, с использованием всех необходимых медикаментов и расходных материалов.

В 2015 году в БСМП открыты два новых отделения реанимации и интенсивной терапии: ОРИТ №2 (нейрореанимация) и ОРИТ №3 (кардиореанимация). За год в больницу пришло дополнительно 85 работников. Введены после капитального ремонта урологическое отделение и отделение сосудистой хирургии. В два раза увеличены объемы выполняемой высокотехнологичной медицинской помощи; достигнуты целевые показатели летальности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Специалистами больницы запатентованы новые технологии, внедряются современные методы лечения. Одна из наших врачей стала победителем всероссийского профессиональ-

ного конкурса, ряд специалистов удостоен отраслевых знаков профессионального отличия. И нельзя не отметить появление нашего информационного ресурса: журнала «БСМП», который дает нам возможность рассказать о нас, наших работниках, наших достижениях, поделиться знаниями и опытом с коллегами.

Но мы не будем останавливаться на достигнутом. У нас большие реализуемые планы и мечты, которые, мы надеемся, тоже сбудутся.

Серьезным шагом к дальнейшему развитию, благодаря высокой оценке и доверию властей, станет участие КМКБСМП в медицинском обеспечении универсиады 2019 года. Уже сейчас завершаются работы по разработке проектно-сметной документации и строительству нового хирургического корпуса с размещением в нем 15 операционных и приемно-диагностического отделения, что позволит в полной мере обеспечить диагностику и оказание лечебной помощи больным на современном уровне. Экстренные операционные планируется оснастить цифровыми системами навигации, оптической визуализации, мультимедийными технологиями.

Важным этапом на пути подготовки учреждения к принятию участников и гостей универсиады должен стать 2016 год, в котором мы надеемся начать осуществление комплексного плана поэтапного ремонта, оснащения и строительства в учреждении, в том числе возведение пищеблока, ремонт инфекционного корпуса и лечебных отделений, поддержание инфраструктуры больницы, благоустройство территории.

Пожелаем нам всем удачи в следующем году и свершения всех планов!

содержание

<i>стр. 4</i> поздравления	<i>стр. 38</i> наука и практика ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ПРОДЛЕННОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ
<i>стр. 9</i> новости	<i>стр. 40</i> медицина и бизнес РАБОТА ВО ИМЯ ПРОГРЕССА
<i>стр. 11</i> актуальное интервью ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КГБУЗ «КМКБСМП ИМЕНИ Н.С. КАРПОВИЧА»	<i>стр. 42</i> медицина и бизнес MEDSINTES GROUP 2015. ИТОГИ ГОДА
<i>стр. 13</i> наука и практика ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФЕРРОВИР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	<i>стр. 44</i> медицина и общество ОБЪЕДИНЯЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ
<i>стр. 16</i> наука и практика ОЦЕНКА ПРИЧИН ГИБЕЛИ ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	<i>стр. 48</i> золотой фонд БСМП ВЛАДИМИР ИННОКЕНТЬЕВИЧ БРЮХАНОВ
<i>стр. 22</i> наука и практика ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	<i>стр. 52</i> золотой фонд БСМП ЛАРИСА ВАСИЛЬЕВНА КОРЧАГИНА
<i>стр. 28</i> наука и практика ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	<i>стр. 54</i> от всей души СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ
<i>стр. 32</i> наука и практика ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОАППАРАТА В I ТРАВМАТОЛО- ГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА» ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА С2 ПОЗВОНКА	<i>стр. 56</i> случай из практики НАША ИНТЕРНАТУРА
<i>стр. 34</i> наука и практика ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИ- ЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ	<i>стр. 60</i> из истории одного отделения ЮБИЛЕЙ РОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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: Коган 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.
Декабрь 2015 г.

За содержание рекламных материалов
редакция ответственности не несет.

— *поздравление* —



Коган А.Б.
Главный врач

*Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!*

Наступает Новый 2016 год – самое время подводить итоги прожитого года и строить планы на будущее. Каким оно будет, зависит и от нас с вами. 2015 год был сложным – мы ощутили это и дома, и на рабочем месте, общаясь с пациентами. Но, несмотря ни на что, хочу сказать: вы – лучшие! Вы – сильные духом и умеющие круглосуточно спасать людям жизнь! Отдельное спасибо молодежи – активным, способным, стремящимся сделать медицинскую помощь современнее и технологичнее! Надеюсь, мы сможем дать вам возможности для реализации ваших устремлений!

Несмотря на сложный период, у нас серьезные планы: строительство нового хирургического корпуса с новейшим медицинским оборудованием, развитие новых направлений высокотехнологичной медицинской помощи и много других.

Хочется пожелать вам, вашим коллегам, родным и любимым счастья, здоровья и, конечно, удачи в наступающем 2016 году! Она всем нам понадобится!

Пусть в канун этого замечательного праздника вам вспоминаются только лучшие мгновения уходящего года, а на душе будет светло и радостно!

Давайте встречать новый год с верой, надеждой и улыбкой, и он подарит вам удачу, любовь и семейное тепло!

Пусть хорошее настроение будет залогом крепкого здоровья, благополучия и счастья в новом году!

Пусть в грядущем году сбудутся все ваши мечты!

С Новым 2016 годом!



—поздравление—



Янин В.Н.
*министр здравоохранения
Красноярского края*

*Уважаемые коллеги!
От всей души поздравляю вас
с наступающим 2016 годом!*

Встреча Нового года – это всегда подведение итогов года уходящего. И я с благодарностью скажу, что коллектив больницы внес свой неоценимый вклад в здоровье жителей Красноярска и Красноярского края. Год был сложным и насыщенным на разные события, которые потребовали от врачей не только высокого профессионализма, но и обычного человеческого сострадания к своим пациентам, личной самоотдачи.

Больница скорой медицинской помощи – среди флагманов красноярского здравоохранения. Вы в прямом смысле «скорая помощь» и всегда остаетесь на передовой, даже в праздники, поэтому и Новый год для вас не будет на все 100% плановым. С удовольствием отмечу, что каждый год коллектив больницы открывает для себя новые горизонты, осваивает новые технологии, занимается модернизацией учреждения, а это значит, что медицинская помощь пациентам, поступающим в стационар, будет оказана на высоком профессиональном уровне.

Желаю вам, чтобы коллектив пополнялся молодыми специалистами, толковыми, грамотными, а опытные наставники помогут им стать профессионалами.

Пусть новый год принесет мир, счастье, любовь, здоровье, благополучие вам и вашим семьям. Искренне желаю вам, чтобы наступающий год стал годом свершений и удач. Пусть все, что вас тяготило и огорчало, останется в уходящем году. А вместе с боем курантов в ваш дом войдут счастье, отличное настроение и уверенность в завтрашнем дне!



Иван Павлович Артюхов
*Ректор Красноярского
государственного медицинского
университета
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

*Уважаемые коллеги!
Поздравляю вас с Новым годом!*

Желание заглянуть в будущее постоянно тревожит наше воображение. В стремительно несущемся потоке событий мечта, колеблющая струны чувств, освещает сердце и открывает его глубины. Праздник Нового года – соприкосновение с мечтой. Мы связываем его с новыми надеждами, пытаемся достичь извечной гармонии мыслей, чувств и бытия. Так хочется, чтобы 2016 год стал для вас счастливым! Пусть все, кем вы дорожите, будут здоровы и удачливы! Пусть праздничное застолье соберет в вашем доме самых близких и дорогих людей!

Медицинский университет и БСМП связывает давняя крепкая дружба и эффективное сотрудничество. Именно у вас, на базе клинической больницы, наши студенты становятся врачами, и мы вместе, с помощью наших профессоров-консультантов, оказываем медицинскую помощь в БСМП на более высоком уровне. Медицинские работники БСМП постоянно проходят повышение квалификации в медицинском университете, и мы всегда рады вас видеть!

Я желаю вам прекрасного настроения, бодрости и оптимизма!

— поздравление от ветеранов —



Крикун С.В.

*лучшие годы жизни работала в
БСМП в должности
заведующей отделением
челюстно-лицевой хирургии*

*Дорогие коллеги!
От всей души поздравляю вас
с Новым 2016 годом!*

За тридцать лет, что я проработала в больнице, коллектив стал мне настоящей семьей, а любимая работа спасала в самые сложные моменты жизни. Я бесконечно уважаю коллектив БСМП за ежедневный подвиг! Желаю всем здоровья, семейного благополучия, профессионального мастерства и удовлетворения от работы! Ведь это счастье, когда ты можешь кому-то помочь!



Карчушкина Н.М.

*лучшие годы жизни работала
старшим лаборантом
патолого-анатомического
отделения*

*Уважаемые коллеги!
От всей души поздравляю Вас
с Новым годом и Рождеством!*

Труд ваш важен круглый ГОД,
Так пускай во всем везет
Людям, что хранят других,
Наших близких и родных!

Пусть здоровье крепким будет,
Медиков пусть ценят люди,
А Господь вас бережет
Еще лучше в Новый год.



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

— знаменательные даты —

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

Николаеву Эмилию Васильевну,
врача-хирурга отдела контроля качества
медицинской помощи

Чугунову Галину Леонтьеву,
врача-лаборанта клиничко-диагностической
лаборатории

Буц Валентину Ивановну,
санитарку гинекологического отделения

Швайко Валентину Петровну,
лифтера

Козлова Виктора Арсентьевича,
уборщика территории

Горелову Веру Федоровну,
санитарку 3-го инфекционного отделения

Иванчук Надежду Климентьевну,
рентген-лаборанта рентгенологического
отделения

Симоненко Валерия Викторовича,
подсобного рабочего

Перфильеву Татьяну Ивановну,
медрегистратора приемного отделения

Глушкову Надежду Васильевну,
медсестру приемного отделения

Зеркалий Татьяну Ивановну,
санитарку кардиологического отделения

Мазурову Татьяну Елизаровну,
санитарку отделения для больных
с острыми отравлениями

Солдатову Анну Николаевну,
дежурную общежития

Карвель Сергея Сергеевича,
ведущего инженера-электроника отделения
лучевой диагностики № 1

Торопову Людмилу Владимировну,
заместителя главного врача по организационно-
методической работе

Маслова Сергея Викторовича,
врача-хирурга 3-го хирургического отделения

Кирякову Наталью Викторовну,
медсестру приемного отделения

Акимниязову Дамегул Избаскановну,
медсестру палатную 1-го травматологического
отделения

Арбузникова Александра Константиновича,
врача-невролога 2-го нейрохирургического
отделения

Яковлева Леонида Юрьевича,
врача-токсиколога отделения для больных
с острыми отравлениями

Сидееву Раису Петровну,
санитарку 1-го инфекционного отделения

Лебедеву Галину Николаевну,
медсестру палатную 1-го нейрохирургического
отделения

Милинчук Николая Ивановича,
врача-хирурга операционного блока

Луценко Михаила Васильевича,
врача анестезиолога-реаниматолога отделения
анестезиологии-реанимации

Ермакова Дмитрия Дмитриевича,
врача акушера-гинеколога
гинекологического отделения

Варяницыну Людмилу Владимировну,
медсестру приемного отделения

Когана Аркадия Борисовича,
главного врача

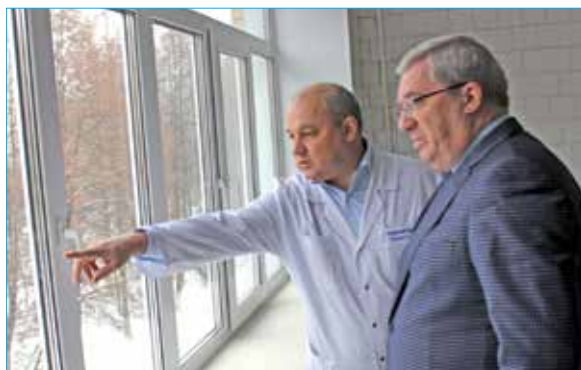


ВИЗИТ ГУБЕРНАТОРА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В.А. ТОЛОКОНСКОГО В БСМП

26 октября КМКБСМП им. Н.С. Карповича посетил губернатор Красноярского края Виктор Толоконский. Главе края представили проект нового операционного корпуса, который планируется построить в рамках подготовки к универсиаде 2019 года.



Губернатор ознакомился с предложенной программой и дал рекомендации по ее оптимизации с целью комплексного решения проблем и обеспечения наслідия универсиады для повышения доступности и качества экстренной медицинской помощи жителям города Красноярска и Красноярского края.



В четырехэтажном здании расположится приемно-диагностическое отделение, 12 плановых и три экстренных операционных, а также центральное стерилизационное отделение, которое будет обслуживать все подразделения больницы. В приемном отделении предусмотрено наличие современного диагностического оборудования и разделение помещений на функциональные зоны и потоки, в соответствии с нормативными требованиями. Экстренные операционные планируется оснастить цифровыми системами навигации и оптической визуализации, а также мультимедийными технологиями. Кроме того, для пациентов будет оборудовано реанимационное отделение на 24 койки. По плану строительные работы продлятся два года.

СПЕЦИАЛИСТЫ БОЛЬНИЦЫ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В РАБОТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА», КОТОРАЯ ПРОВОДИЛАСЬ В УЛАН-УДЭ

В конференции с международным участием по управлению рисками среди средних медицинских работников участвовали руководители медицинских организаций, ученые, руководители сестринских служб из Иркутска, Томска, Москвы, Кемерово, Красноярска, Магадана, Читы, Санкт-Петербурга, Омска, Набережных Челнов, Новосибирска, а также из Австралии и Монголии.

Почетными гостями конференции стали Олег Швабский – зам. генерального директора ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора», Ольга Федотова – ответственный редактор научно-практического журнала «Вестник Росздравнадзора», Михаил Югай – к.м.н., старший преподаватель кафедры Управления и экономики НИУ ВШЭ, Игорь Кицул – д.м.н., проф., зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ГОУ ДПО ИГМАПО Росздрава, Валентина Вишнякова – гл. внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ по СФО, гл. внештатный специалист по сестринскому делу МЗ Забайкальского края, Алина Петиченко – генеральный директор ГК ММКС, Екатерина Стримова – эксперт по медицинским процессам, и другие специалисты.

Идея проведения конференции – совершенствование, оптимизация работы по управлению рисками в здравоохранении, обмен опытом по внедрению инновационных технологий в работу среднего медицинского персонала, повышение престижа профессии и статуса медицинской сестры.

Министр здравоохранения Бурятии Валерий Кожевников отметил: «Цель данной конференции – поднять престиж медицинских работников среднего звена, повысить их роль в обществе. Не секрет, что сегодня медсестры играют огромную роль в здравоохранении, по большому счету, они стоят во главе угла нашего ремесла, и понимание, что без них ничего невозможно, должно стать определяющим. Нами наработан ценный опыт в этой сфере, есть инновации, которыми мы с удовольствием готовы поделиться. Живя в одной стране, имея общие нормы, мы должны вместе начать говорить о рисках, чтобы открыто анализировать и управлять ими».

новости

Ценность этой конференции – практическая ориентированность. Конференция «живая», потому что материалы подготовлены на основе результатов, полученных в медицинской практике.

По мнению участников конференции, доклады были актуальными и очень интересными. Рассматривались вопросы повышения качества оказания медицинской помощи в работе средних медицинских работников, управления рисками и обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала в соответствии с требованиями международных стандартов.

Безусловно, в медицинском деле важны все специальности, но особая роль в лечении пациентов принадлежит медсестрам. Это и первый подход, и организация ухода, и все, без исключения, манипуляции. Комплексный партнерский подход при оказании медицинской помощи позволяет достигнуть хороших результатов лечения. Приятно отметить, что сестринский персонал БСМП не отстает от наших коллег и системно внедряет этот опыт.

Не только в БСМП, но и в других медицинских организациях края используются эффективные технологии управления и накоплен достаточный опыт. Внедрены инновации, которые освобождают медицинскую сестру от несвойственных функций и позволяют больше времени уделять пациентам. Это помогает сестрам повышать профессиональный уровень, совершенствовать свою работу.

УХ ТЫ, МЫ ВЫШЛИ ИЗ БУХТЫ...

Именно эту веселую композицию Юрия Гальцева команда отделения анестезиологии и реанимации представила на конкурсе песен, который прошел 30 октября на базе санатория-профилактория «Лесной».



Инициаторами мероприятия выступил профсоюзный комитет больницы во главе с лидером В.В. Ушановым. Надо отметить, что встречи под гитару у костра становятся доброй традицией и пользуются популярностью у большинства сотрудников нашей больницы. На суд жюри были представлены и другие песни, авторами и исполнителями которых стали врачи и

медицинские сестры. Результаты конкурса никого не удивили: бессменные лидеры и постоянные участники всех наших мероприятий остались прежними. А подпевали конкурсантам все, хором! Было очень душевно, и погода не подвела!

- 1 место – отделение анестезиологии и реанимации.
- 2 место – отделение травматологии №2.
- 3 место разделили отделение нейрохирургии и отделение реанимации и интенсивной терапии №1.

О РАЗВИТИИ ДОБРОВОЛЬЧЕСТВА

Министерство здравоохранения Красноярского края совместно с Молодежным экспертным советом при губернаторе Красноярского края и Красноярским государственным медицинским университетом активно реализует проект «Школа медицинского добровольчества». Наша больница является одной из экспериментальных площадок проекта.

Первый набор волонтеров состоялся в 2014 году. Эффективность взаимодействия школьников с пациентами и медицинским персоналом оказалась настолько высокой, что у организаторов не осталось никаких сомнений в необходимости продолжения школы. Проект ориентирован на учащихся старших классов, планирующих по окончании школы поступать в медицинские вузы. Задача Школы медицинского добровольчества – дать возможность ребятам, пока они еще учатся в школе, побывать в «полевых» условиях, пройти профессиональные пробы – поработать плечом к плечу с опытными медиками и сделать осознанный выбор, который предопределил их дальнейшую судьбу.

В обязанности волонтеров входит элементарный уход за пациентами: помощь во время приема пищи, вызов медицинской сестры, чтение книг и другое.

На базе КрасГМУ для молодых людей откроются образовательные курсы, которые предполагают лекции на такие темы, как «Вопросы врачебной тайны и этики», «Асептика и антисептика», «Структура и правила оказания медицинской помощи, первой доврачебной помощи». Кроме того, для волонтеров организуются семинары по здоровому образу жизни.

Мы приглашаем всех неравнодушных школьников принять участие в таком важном и нужном деле. Подробные условия участия в проекте размещены в группе социальной сети «ВКонтакте» – «Школа медицинского добровольчества». Для участия в школе необходимо заполнить анкету и направить ее по электронной почте: mironova280817@gmail.com. Дополнительная информация по тел. 2-800-817, Алена Миронова.

— актуальное интервью —

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КГБУЗ «КМКБСМП ИМЕНИ Н.С. КАРПОВИЧА»



Торопова Л.В.

*Заместитель главного врача КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н.С. Карповича»
по организационно-методической работе –
заведующая отделом контроля качества
медицинской помощи*

Как долго существует в БСМП служба контроля качества медицинской помощи?

До 2012 года контроль качества медицинской помощи в медицинских организациях возлагался на орган управления здравоохранением субъекта федерации, то есть, в современной трактовке, на министерство здравоохранения Красноярского края. В соответствии с федеральным приказом, определявшим трехступенчатость экспертизы качества в медицинском учреждении – заведующие подразделениями (первая ступень экспертизы), заместители руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи (вторая ступень экспертизы), клинико-экспертные комиссии учреждения (третья ступень экспертизы) – в крае был разработан фундаментальный приказ 99-орг, подписанный 9 февраля 2001 года: «Об утверждении Временного положения о системе управления качеством медицинской помощи в части ведомственного контроля на территории Красноярского края». Приказ всеобъемлющий, только приложений – 60 (!), и все они во многом актуальны до настоящего времени, используются как экспертами, так и врачами. А вот служба экспертизы (контроля) качества медицинской помощи создана в БСМП еще в 2000 году!

Статьей 90 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за руководителями медицинских организаций закреплено право устанавливать порядок проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в связи с чем с 2013 года отдел контроля качества в больнице увеличен до семи врачей, а заведующий отделом принят на работу по основной должности (до этого работал по совместительству).

Для чего нужна и в чем заключается система контроля качества в медицинской организации?

Уточняю, потому что это важно: система внутреннего контроля качества и безопасности деятель-

актуальное интервью

ности медицинской организации – обязательное, законодательно закрепленное, одно из лицензионных требований, утвержденных Постановлением правительства РФ. Внутреннему контролю в медицинской организации подлежат: медицинская деятельность, применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, санитарно-эпидемиологическое благополучие. Системный подход, подкрепленный нормативной базой – постановлениями правительства и приказами Минздрава РФ, глубина и широта охвата темы, в настоящее время, по сути, подразумевают трансформирование контроля качества основного производственного процесса (соблюдение порядков и стандартов лечебно-диагностического процесса) в контроль качества деятельности медицинской организации (далее – МО). К сожалению, до настоящего времени окончательно не выработана единая государственная политика в этой области; нет единых федеральных образовательных

по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, с каждым годом становится все меньше.

Наше интервью проводится в преддверии нового года, в связи с чем невозможно не задать традиционный вопрос: будут ли какие-то перемены в работе службы контроля качества БСМП в 2016 году?

Прежде всего изменения, касающиеся контроля медицинской деятельности, в текущем году внесены в Порядок его организации, действующий с 2011 года. Теперь, уже на федеральном уровне, уточнены требования (вступил в силу приказ Минздрава РФ от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи») и определены финансовые санкции и штрафы, применяемые к медицинским организациям за нарушения информирования граждан, доступности медицинской

Мы понимаем ответственность, возложенную на службу внутреннего контроля, и будем стремиться к совершенствованию в ее работе.

программ по обучению контролю качества и безопасности медицинской деятельности. И руководители медицинских организаций поставлены перед необходимостью самостоятельной разработки внутренней системы оценки качества деятельности МО.

Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится, как правило, по медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае. Проведение контроля предусматривает последовательную оценку каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, с учетом клинических особенностей. С 2013 года в БСМП контроль над процессом диагностики и лечения больных по медицинской документации подвергается 100% законченных случаев госпитализаций; разбору на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) – 100% случаев смерти в стационаре. Это позволяет не только выявлять недочеты, недоработки в конкретных случаях лечения, но и находить системные проблемы в оказании медицинской помощи по определенным профилям и в дальнейшем принимать решения по их устранению. Эти же цели достигаются при анализе замечаний по результатам проверок БСМП страховыми медицинскими организациями. Кстати, таких замечаний, как и финансовых санкций, применяемых к больнице

помощи, за дефекты в ее оказании, в оформлении медицинской документации и реестров на оплату за проведенное лечение. Санкции стали жестче, что объяснимо: законодательство в сфере здравоохранения изменилось более четырех лет назад, и у МО было время научиться работать в новых условиях. На службу внутреннего контроля качества это накладывает определенные обязательства: уровень контроля должен быть самым высоким!

И еще: дополнительными обязательствами для врачей и экспертов МО является внедряемый в больнице переход на ведение медицинской документации в информационной системе (далее – МИС). Вместе с врачами эксперты осваивают нововведение, но при этом, для осуществления контроля, их знания МИС должны быть экспертными.

Мы понимаем ответственность, возложенную на службу внутреннего контроля, и будем стремиться к совершенствованию в ее работе.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФЕРРОВИР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА



Тихонова Е.П.

АВТОРЫ

Е.П. Тихонова¹, Т.Ю. Кузьмина¹,
Н.В. Андропова¹, Ю.С. Калинина¹,
Н.А. Дьяченко²

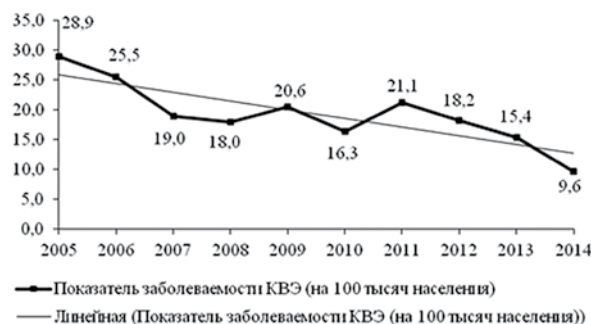
1. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

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

Введение: Постоянной угрозой здоровью населения Сибири является наличие природных очагов тяжелого заболевания вирусной этиологии – клещевого энцефалита (далее – КЭ). За последние 15-20 лет заболеваемость в Сибирском регионе возросла в 10-15 раз, превышая средний показатель по Российской Федерации в восемь раз. В Красноярском крае клещевой энцефалит занимает ведущее место среди природно-очаговых заболеваний. Заболеваемость КЭ регистрировалась в 42 из 57 эндемичных территорий края. В 2014 году показатель заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом на 100 тысяч населения в крае составил 9,6, что превышает показатель Российской Федерации (1,4) в 6,8 раза (рис. 1).

**Динамика заболеваемости клещевым
вирусным энцефалитом среди населения
Красноярского края, 2005-2014 гг.**

Рис.1.



Несмотря на то, что за последние 10 лет в крае наблюдается умеренная тенденция к снижению заболеваемости КЭ и темп снижения составил 3,8%, летальность в 2014 году не уменьшилась: 1,1% (2013 год – 1,1%, 2012 год – 0,9%).

По клиническому течению в 2014 году преобладали лихорадочные формы – 90,5% (2013 год – 80,5%, 2012 год – 83,8%), но также продолжают регистрироваться менингеальные формы – 4,2% (2013 год – 7,0%, 2012 год – 3,9%) и очаговые формы – 3,8% (2013 год – 5,3%, 2012 год – 6,5%). Стертые формы составили лишь 5% (2013 год – 7,2%, 2012 год – 5,8%).

Лечение клещевого энцефалита складывается из этиотропного, патогенетического и симптоматического [1,3,4]. Применение противоэнцефалитного иммуноглобулина строго индивидуально и не всегда

— наука и практика —

целесообразно, особенно при развитии бульбарного синдрома. Однако в последнее время многие авторы говорят о серьезных недостатках такого подхода к лечению КЭ: во-первых, препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер (далее – ГЭБ), во-вторых, доказано, что введение высоких доз подавляет собственный гуморальный ответ. В связи с этим для прекращения репликации вируса в организме имеется необходимость в препаратах, обладающих противовирусной защитой организма. Традиционно с этой целью используется РНК-аза. Использование РНК-азы в остром периоде КЭ позволяет предотвратить развитие второй волны лихорадочного периода, в отличие от лечения противоэнцефалитным иммуноглобулином. Кроме того, современным направлением в этиотропной терапии является использование индукторов интерферонов (йодантипирин).

В комплексную терапию КЭ также включаются препараты, обладающие противовирусной активностью (прекращает репликацию вируса, является индуктором интерферонов). К таким препаратам, которые с успехом применяются в ряде клиник России, относятся панавир и ферровир.

Ферровир – отечественный противовирусный препарат с иммуномодулирующими свойствами (ЗАО «ФП «Техномедсервис, Россия»); представляет собой биологически активное вещество – вытяжку из молок осетровых или лососевых рыб (очищенная и стандартизованная комплексная соль дезоксирибонуклеата натрия с железом). Препарат оказывает противовирусное и иммуномодулирующее действия, активизирует противовирусный, противогрибковый и противомикробный иммунитет. Противовирусное действие ферровира проявляется в отношении различных РНК- и ДНК-содержащих вирусов, он хорошо проникает через ГЭБ, способствует торможению репликации вирусов, тем самым сокращая лихорадочный период, ускоряя купирование инфекционного процесса и смягчая реконвалесцентный период.

Форма выпуска – раствор для инъекций 1,5%, флаконы 5 мл № 5. Ферровир может использоваться в качестве комбинированной или монотерапии в дозе 75 мг 1-2 раза в сутки в/м, курс терапии – 5-10 дней. В настоящее время имеется достаточно сведений об эффективности использования ферровира при различной инфекционной патологии, и исследования в этом направлении продолжаются [2,3,5].

Клинический опыт применения препарата показал его высокую активность, хорошую переносимость, отсутствие токсичности ($IC_{50} > 4000 \text{ мкг/мл}$) и нежелательных побочных эффектов.

Цель исследования: Оценить эффективность препарата ферровир в комплексной терапии больных

лихорадочной и менингеальной формами клещевого энцефалита.

Материалы и методы: В открытое не сравнительное исследование были включены 5 пациентов с клещевым энцефалитом. Из них три женщины и двое мужчин в возрасте 39 и 68 лет. Все больные были госпитализированы в инфекционный стационар с диагнозом «клещевой энцефалит». Поступили на стационарное лечение на 1-3 день от начала заболевания.

При стандартизованном расспросе у больных выявлено наличие следующих анамнестических данных: из эпидемического анамнеза – о пребывании в эндемических очагах и присасывании клещей, а также о введении четвертым больным из пяти в первые двое суток специфического противоклещевого иммуноглобулина с профилактической целью в необходимой дозе.

Результаты исследования: Как было отмечено, мы наблюдали больных с лихорадочной и менингеальной формами КЭ. Инкубационный период составил $(16,6 \pm 2,4)$ дней. Заболевание началось остро, с повышения температуры до $38,5-39,3^\circ\text{C}$ и симптомов интоксикации. Как известно, максимальная температура тела является одним из наиболее информативных критериев оценки степени тяжести инфекционного процесса, а ее длительность свидетельствует о продолжительности последнего. Интоксикационный синдром проявлялся головной болью с преимущественной локализацией в затылочной области, болями в области шеи, плечевом поясе, а также выраженной слабостью, ломотой в теле, миалгиями, болью в глазных яблоках. Катаральные симптомы в виде заложенности носа и першения в горле, а также наличия гиперемии и вирусной зернистости в ротоглотке были выявлены у четырех больных. Менингеальный синдром при поступлении в стационар регистрировался у 40% больных, которые жаловались на тошноту, головокружение, светобоязнь, гиперестезии. При объективном осмотре определялись менингеальные знаки: ригидность мышц затылка до 2 см, положительный симптом Кернига, Брудзинского, Манн-Гуревича. Очаговая симптоматика при поступлении не определялась.

При лабораторном обследовании в гемограмме у двух пациентов определялся лейкоцитоз $(11,2 \pm 1,3 \times 10^9/\text{л})$ с нейтрофильным сдвигом до 75%; у одного – лимфопения $(3,3 \times 10^9/\text{л})$, у двоих – нормопения; в 60% случаях выявлялась тромбоцитопения $(145,5 \pm 12,5) \times 10^9/\text{л}$. У двоих больных заболевание протекало на фоне хронической патологии ЖКТ, поэтому сопровождалось гипохромной анемией (с гемоглобином $107,5 \pm 7,5 \times 10^9/\text{л}$).

Диагноз клещевого энцефалита подтверждали специфической серологической диагностикой – положи-

— наука и практика —

тельные IgM к вирусу клещевого энцефалита. При менингеальных формах больным была проведена спинномозговая пункция с анализом ликвора, где был определен характер изменений: ликвор был бесцветный или слабо-мутный; отмечался лимфоцитарный цитоз до $325,0 \pm 124,0$ клеток в мкл, высокий белок ($805,3 \pm 56,7$) мг/л.

Учитывая клинико-anamnestические данные, результаты обследования, в двух случаях был диагностирован клещевой энцефалит, лихорадочная форма, среднетяжелое течение; в трех случаях – клещевой энцефалит, менингеальная форма (у одного больного тяжелое течение у двух – среднетяжелое течение).

Базисная терапия при КЭ предполагает назначение специфического противоэнцефалитного иммуноглобулина в необходимых лечебных дозах, что пациентам и было назначено в первый день госпитализации. Кроме того, все больные получали патогенетическую, симптоматическую терапию с применением глюкозо-солевых растворов, жаропонижающих, анальгезирующих средств; при менингеальных формах – нейротропные, витаминные препараты. Так как на территории нашего края частота клещевых микст-инфекций (клещевой энцефалит + клещевой боррелиоз) достигает 30%, всем больным была назначена антибиотикотерапия: цефтриаксон – 2,0 мл внутривенно капельно один раз в сутки. Также в комплексную терапию был включен ферровир – по 5 мл в/мышечно два раза в сутки в течение 5 дней.

Учитывая тот факт, что при лихорадочной форме КЭ лихорадка и интоксикация являются, по сути, ведущими синдромами заболевания, мы сочли возможным выбрать именно этот параметр в качестве контролируемого. При менингеальной форме КЭ дополнительно оценивали длительность менингеального синдрома.

На фоне комплексного лечения с включением ферровира при лихорадочных формах КЭ наблюдали снижение температуры и купирование проявлений интоксикационного синдрома в течение 1-1,5 суток. Прекращался болевой синдром: боль в области шеи, плечевом поясе исчезала к 3-4 дню госпитализации, головная боль – к 5-7 дню, причем головная боль была слабовыраженной. На седьмой день госпитализации наступало клиническое выздоровление; пациенты были выписаны из стационара на 10 день в удовлетворительном состоянии.

При менингеальных формах лихорадка $38,2 \pm 0,7^\circ\text{C}$ сохранялась в течение 5,5 дней, в двух случаях – с последующими кратковременными эпизодами субфебрилитета через три дня еще в течение 10 дней. При среднетяжелом течении менингеальной формы КЭ менингеальные симптомы купировались на 2-8

день лечения, несмотря на то что головная боль сохранялась до 5-16 дней. Очаговых проявлений поражения нервной системы выявлено не было. Клиническое выздоровление регистрировалось на 14-15 день болезни. Только в одном случае тяжелого течения заболевания на второй день пребывания в стационаре состояние больной резко ухудшилось, а именно: на фоне интоксикации и лихорадки появилась очаговая симптоматика, гемипарез, нарушение сознания. На 7 день лечения была отмечена положительная динамика, выраженная нормализацией сознания, купированием менингеальной симптоматики, головной боли, интоксикации. Выписана с остаточными явлениями поражения ЦНС: гемипарезом справа, с компенсированным состоянием функций головного мозга.

Таким образом, полученные предварительные данные свидетельствуют о позитивном влиянии ферровира на клиническое течение КЭ. Применение препарата ферровир при лечении больных лихорадочными формами клещевого энцефалита приводит к сокращению продолжительности лихорадочного периода – купирование интоксикационного синдрома на 3-5 день лечения. При менингеальных формах КЭ данный препарат также показал свою эффективность в виде купирования симптомов интоксикации и менингеальной симптоматики уже на 2-8 день заболевания. Возможно, применение ферровира способствовало предупреждению развития тяжелых форм менингоэнцефалита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: нац. рук. / гл. ред. Н. Д. Юсуп, Ю.Я. Венгеров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1056 с. (Национальный проект Здоровье).
2. Игнатъев В. Н. Эффективность нового препарата ферровир в контроле ЦМВИ у женщин репродуктивного возраста / В. Н. Игнатъев [и др.] // Мир фармации и медицины. 2007. № 19 (166). С. 17.
3. Кивисепп Н.А. Применение препарата ферровир в комплексной терапии клещевого энцефалита / Н.А. Кивисепп, [и др.] // TERRA MEDICA NOVA. 2010. № 2. С. 6-11.
4. Руководство по инфекционным болезням в 2 кн. / ред. Ю. В. Лобзин, К. В. Жданов. 4-е изд., доп. и перераб. СПб. Фолиант, 2011. Кн.1. 664 с.
5. Фомин Ю.А. Применение препарата ферровир в лечении инфекционной патологии / Ю. А. Фомин, В. Н. Игнатъев, Е. Л. Назарова, И. В. Евстафьева // TERRA MEDICA NOVA. 2006. № 4. С. 5-9.

ОЦЕНКА ПРИЧИН ГИБЕЛИ ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПРИ ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ



Любченко А.А.

АВТОРЫ

**А.А. Любченко^{1,2}, В.И. Чикун¹,
Д.Э. Зdziтовецкий¹, А.А. Попов¹,
С.И. Ростовцев¹, Е.А. Попова¹,
М.А. Попова¹, А.Ю. Медведев³,
А.А. Хританкова¹**

1. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства
здравоохранения РФ»

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

3. КГБУЗ «Сухобузимская РБ»

Введение: Общая обеспеченность автомобилями населения Российской Федерации имеет тенденции к устойчивому росту. За последние 15 лет автопарк страны увеличился в два раза, и на сегодняшний день уже каждый четвертый россиянин имеет собственный легковой автомобиль. По динамике прироста на 1 января 2013 года, количество автомобилей на тысячу жителей в Сибирском федеральном округе увеличилось до 246. Сибирь продемонстрировала

второй результат среди восьми федеральных округов, увеличив «автомобилеемкость» на 6,5%.

Красноярский край по количеству автомобилей на душу населения занимает пятое место в Сибирском федеральном округе: на тысячу жителей приходится 263 автомобиля, это 32-е место по Российской Федерации. Лидером в Сибири остается Республика Хакасия (278 автомобилей – 22 место по России).

В то же время, по данным Главного государственного инспектора безопасности дорожного движения РФ [5], за 8 месяцев 2013 года на дорогах страны произошло 127 026 автомобильных аварий. В них погибли почти 16 220 человек (12,8%), ранены – 163 109. Следует отметить, что наметившееся с 2007 года улучшение статистики по ДТП в Российской Федерации опять ухудшилось в 2012 году: число происшествий увеличилось, по сравнению с 2011 годом, на 1,9 процента, погибших и раненых в них людей на 0,1 и 2,7 процента соответственно. Анализ, проведенный ГИБДД МВД РФ, показал, что, по сравнению с 2010-м, в 2012 году опять увеличилось количество дорожно-транспортных происшествий по вине нетрезвых водителей – на 8,4%. Основная причина ДТП прежняя: грубое нарушение правил дорожного движения водителями.

На территории Красноярского края проходят две федеральные трассы – М-53 и М-54; а также расположены оживленные региональные трассы: Красноярск – Енисейск – Северо-Енисейский (К-01), Ачинск – Шарыпово – Ужур (К-22), Дудинка – Норильск и т.д.

Цель: Проанализировать причины гибели пострадавших с закрытой травмой живота при ДТП на территории Красноярского края.

Результаты: За период с 2003 по 2012 гг. на территории Красноярского края произошло 2 123 927 ДТП, при этом пострадали 48 235 человек, из них погибли 6 797 человек (табл. 1).

Несмотря на то что за 8 месяцев 2013 года количество

науча и практика

Аварийность на автомобильном транспорте

Таблица 1

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Российская Федерация										
Число дорожно-транспортных происшествий, единиц	204257	208558	223342	229140	233809	218322	203603	199431	199868	203597
Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, человек	243919	251386	274864	285362	292206	270883	257034	250635	251848	258618
Число погибших в дорожно-транспортных происшествиях, человек	35602	34506	33957	32240	33308	29936	26084	26567	27953	27991
Красноярский край										
Число дорожно-транспортных происшествий, единиц	4021	4407	4594	5032	5237	5087	4789	4985	4948	5135
Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, человек	-	5376	5534	6231	6508	6299	6059	6177	6158	6458
Число погибших в дорожно-транспортных происшествиях, человек	803	776	732	637	689	687	620	594	639	620

ДТП на дорогах края уменьшилось на 10,7%, наш регион значительно опережает по этому показателю другие субъекты Сибирского федерального округа (табл. 2). За прошедший период на территории края в ДТП пострадали 4 007 человек, это более чем на тысячу превос-

ходит показатели идущей на втором месте Кемеровской области. За указанный период погибли 358 человек. При этом наш регион находится по данному показателю на 12 месте в Российской Федерации; из-за нарушения ПДД водителями транспортных средств в состоя-

Общее количество ДТП, число погибших и раненых (за 2013 г.)

Таблица 2

	ДТП		Погибло		Ранено		Тяжесть последствий ДТП
	абс.	± % к АППГ	Абс	± % к АППГ	абс.	± % к АППГ	
Российская Федерация	127026	-1,9	16220	-6,1	163109	-2	9,0
Сибирский федеральный округ	17672	-2,8	2286	-8,7	22809	-1,5	9,1
Республика Алтай	349	12,9	38	-28,3	428	10	8,2
Республика Бурятия	1042	5,8	146	-3,3	1267	-2,3	10,3
Республика Тыва	253	13,5	83	стаб.	432	23,4	16,1
Республика Хакасия	738	-3	76	-28,3	961	-7,8	7,3
Алтайский край	2556	4,2	230	-17	3167	6	6,8
Забайкальский край	960	9,1	150	-16,2	1304	15,1	10,3
Красноярский край	3103	-10,7	358	-8,9	4007	-9,3	8,2
Иркутская область	2112	стаб.	339	-0,6	2688	-2,4	11,2
Кемеровская область	2333	-5,7	328	-4,1	3090	-1,9	9,6
Новосибирская область	1877	13,3	281	-1,7	2321	18,3	10,8
Омская область	1780	-21,3	172	-17,3	2435	-18,3	6,6
Томская область	569	-4,5	85	-1,2	709	1,9	10,7

АППГ – аналогичный период прошлого года

— наука и практика —

нии опьянения, повлекшем смерть, — на 2-3 месте; из-за неудовлетворительного состояния улиц и дорог — на 5 месте; из-за эксплуатации технически неисправных транспортных средств — на 7 месте; по числу погибших в ДТП с особо тяжкими последствиями — на 7 месте, из-за нарушения ПДД водителями транспортных средств — на 12 месте, по числу погибших пешеходов — на 11-12 месте; по числу погибших детей — на 18 месте. Наиболее безопасными регионами Сибири за отчетный период являются Омская и Томская области.

Исходя из вышесказанного, следует отметить, что для Красноярского края характерны общие для страны закономерности дорожно-транспортного травматизма, т.е. резкое увеличение количества автомобилей, неудовлетворительное состояние дорог и автотранспорта, низкая культура вождения. Таким образом, существуют все предпосылки для возникновения в регионе тяжелых травм с неблагоприятным исходом.

Анализ возрастного состава погибших с закрытой травмой живота показал, что более 2/3 составили лица молодого и среднего возраста, каждый пятый был старше 60 лет (табл. 7).

Необходимо также отметить, что среди погибших с закрытой травмой живота доля мужчин и женщин была почти одинаковой (табл. 8).

Прогноз после полученных тяжелых травм в значительной мере зависит от наличия алкогольного опьянения в период ДТП. Необходимо отметить, что в изучаемой нозологической группе почти половину составили лица в состоянии алкогольного опьянения (табл. 9).

В зависимости от участников движения с закрытой травмой живота наибольшее количество летальных исходов наблюдается у водителей автомобиля (50,1%), наименьшее — у мотоциклистов (26,7%). Надо отметить,

Общее число погибших (2013 г.)

Таблица 3

Регион	Погибло
Московская область	947
Краснодарский край	837
Ленинградская область и С.-Петербург	611
Ростовская область	491
Москва	482
Республика Татарстан	446
Нижегородская область	428
Республика Башкортостан	404
Пермский край	378
Челябинская область	395
Свердловская область	393
Красноярский край	358

Погибшие из-за нарушения ПДД водителями транспортных средств

Таблица 4

Регион	Погибло
Московская область	797
Краснодарский край	714
Ленинградская область и С.-Петербург	516
Ростовская область	444
Республика Татарстан	405
Москва	401
Нижегородская область	360
Республика Башкортостан	357
Пермский край	338
Свердловская область	340
Воронежская область	324
Красноярский край	313

Погибшие из-за нарушения ПДД пешеходы

Таблица 5

Регион	Погибло
Московская область	172
Краснодарский край	133
Ленинградская область и С.-Петербург	100
Кемеровская область	73
Нижегородская область	69
Республика Татарстан	68
Свердловская область	66
Ростовская область	60
Республика Башкортостан	60
Пермский край	60
Челябинская область	57
Красноярский край	57

что у вышеуказанных категорий закрытая травма живота сочеталась с повреждением других органов. У пешеходов и лиц, находившихся в автомобиле, летальность наблюдалась как при изолированной (7,9% и 15,7% соответственно), так и при сочетанной закрытой травме живота (40% и 31,1% соответственно) (табл. 10).

Таким образом, наибольшая летальность при сочетанной закрытой травме живота наблюдается у водителей транспортных средств, а при изолированной — у лиц, находившихся в автомобиле. Чаще всего закрытая травма живота заканчивалась летальным исходом у мужчин молодого и среднего возраста, находившихся в алкогольном опьянении.

Анализ причин смерти у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях проводился на основе

— наука и практика —

учетной документации Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы по Красноярску и Красноярскому краю (раздельно). В исследование были включены случаи смерти вследствие ДТП, произошедшие на территории Красноярска и Красноярского края за 2004-2012 гг. Необходимая информация была получена из протоколов вскрытий погибших.

Проведенный анализ 1317 судебно-медицинских заключений погибших вследствие дорожно-транспортных происшествий на территории Красноярского края показал, что закрытая травма живота фигурировала в 37,2 + 0,88% диагнозов. В результате проведенного исследования установлено, что основными причинами летальных исходов у 635 пострадавших с закрытой травмой живота были:

- сочетанная травма (39,8 + 1,63%);
- повреждение черепа (24,1 + 0,63%);
- повреждение органов грудной клетки (11,6 + 0,63%);
- травма шеи (9,9 + 0,63%),
- ранние осложнения травм (8,7 + 0,61%)
- повреждение органов живота (5,9 + 0,15%).

Если для организации борьбы с дорожно-транспортными происшествиями чрезвычайно важным является изучение обстоятельств ДТП, анализ половозрастного состава пострадавших, то для совершен-

Погибшие из-за нарушения ПДД дети

Таблица 6

Регион	Погибло
Краснодарский край	36
Московская область	28
Республика Дагестан	27
Ленинградская область и С.-Петербург	21
Иркутская область	18
Республика Татарстан	18
Нижегородская область	18
Тюменская область	17
Пермский край	16
Свердловская область	15
Республика Башкортостан	15
Ростовская область	15
Ставропольский край	15
Челябинская область	14
Кемеровская область	13
Новосибирская область	13
Волгоградская область	11
Красноярский край	11

Распределение погибших с закрытой травмой живота по возрасту (в % к итогу)

Таблица 7

Нозологическая группа	Возраст				Итого
	До 18 лет	18-35 лет	36-60 лет	Старше 60 лет	
Травма живота	0,0	42,1	39,5	18,4	100,0

Распределение лиц, получивших различные травмы в результате ДТП, по полу (в % к итогу)

Таблица 8

Нозологическая группа	Женщины	Мужчины	Итого
Травма живота	45,8	54,2	100,0

Распределение погибших, получивших разные травмы в результате ДТП, по наличию алкоголя в крови (в % к итогу)

Таблица 9

Нозологическая группа	Алкоголь в крови обнаружен	Алкоголь в крови не обнаружен	Итого
Травма живота	41,7	58,3	100,0

ствования системы организации скорой медицинской помощи пострадавшим важно исследование нозологического состава раненых и погибших.

Среди погибших у 40,1% обнаружилось травмирование нескольких органов брюшной полости и у 26,6% – повреждения печени. В 65,1% случаев травма живота сопровождалась явлениями травматического шока.

Основными причинами летальных исходов на догоспитальном этапе были: острая массивная кровопотеря у

190 пострадавших (51,1%) и гиповолемический шок у 110 (29,6%), средний объем кровопотери составил 2084,2 ± 28,9 мл. Другие причины вызвали смерть у 72 пострадавших с закрытой травмой живота (19,4%).

Таким образом, по нашим данным, закрытая травма живота (далее – ЗТЖ) фигурировала в 37,2 ± 0,88% диагнозов. Погибли на догоспитальном этапе 58,7% пострадавших с ЗТЖ. Из них 80,7% от кровотечения и шока.

Наиболее высокая смертность у пострадавших в

Распределение погибших с закрытой травмой живота из числа различных категорий участников движения (в % к итогу)

Таблица 10

Группа	Удельный вес среди погибших (%)		
	Сочетанная травма	Изолированная травма	всего
Пешиеходы	40,0	7,9	47,9
Водители	50,1	0	50,1
Лица, находившиеся в автомобиле	31,1	15,7	46,8
Мотоциклисты	26,7	0	26,7
У всех категорий участников движения	31,3	5,9	37,2

ДТП с закрытой травмой живота была зафиксирована в Емельяновском, Козульском, Ермаковском, Уярском, Северо-Енисейском районах и т.д. (табл. 11).

Надо отметить, что все эти территории концентрируются вокруг федеральных (М-53, М-54) и региональных трасс: Красноярск – Енисейск – Северо-Енисейский (К-01), Ачинск – Шарыпово – Ужур (К-22).

При этом на самих трассах смертность пострадавших в ДТП с закрытой травмой живота за период 2004-2012 гг. распределилась следующим образом (табл. 12).

Самая большая смертность отмечалась на федеральных (М-53, М-54) и краевых трассах (К-01, К-22; в Ангарско-Приангарском районе, на Крайнем Севере показатели смертности были в 2-3 раза ниже, чем на трассах. На наш взгляд, в первых двух случаях это связано с коротким сезоном активного использования автотранспорта, в Красноярске – с меньшим скоростным режимом.

По нашим данным, большинство (522, 81,3%) пострадавших с закрытой травмой живота доставлены бригадами скорой медицинской помощи. Попутным транспортом, без сопровождения медицинского работника, доставлено 113 пострадавших (18,7%).

К сожалению, сами участники дорожного движения и работники ГИБДД не всегда имеют четкое представление о симптоматике повреждений и об особенностях оказания первой помощи при различных травмах [1-4]. Поэтому вполне объяснимым является то, что непосредственно на месте ДТП погибли более половины пострадавших (337, 53,1%).

Кроме того, даже после качественного оказания помощи на месте ДТП в период транспортировки и непосредственно в стационаре благоприятный исход не гарантирован.

Смертность пострадавших в ДТП с закрытой травмой живота в разных территориях Красноярского края в 2004-2012 гг. (в расчете на 100 000 населения)

Таблица 11

Территория края	Доля пострадавших (%)
Емельяновский район	39,4
Козульский район	33,0
Ермаковский район	32,5
Уярский район	32,4
Северо-Енисейский район	31,3
Ужурский район	27,8
Рыбинский район	27,2
Боготольский район (Боготол)	25,4
Красноярский район	20,4
Манский район (Дивногорск)	20,1

Смертность у пострадавших в ДТП с закрытой травмой живота на разных автодорогах края в 2004-2012 гг. (в расчете на 100 000 населения)

Таблица 12

Автодороги края	Доля пострадавших (%)
М-53	20,4
Красноярск – Енисейск – С.-Енисейский (К-01)	18,1
М-54	18,0
Ачинск – Шарыпово – Ужур (К-22)	15
Ангарско-Приангарский район	9
Красноярск	7,2
Крайний Север	7,2

При анализе сроков наступления смерти у 635 пострадавших с закрытой травмой живота в присутствии бригады скорой медицинской помощи погибли 35 человек (5,6%), до первых суток пребывания в стационаре – 67 пострадавших (10,6%). Таким образом, первые сутки не пережили 406 больных (69,3%). В первые 7 дней погибли 117 больных (18,4%) и только 112 пациентов (12,3%) умерли в дальнейшем.

Многие авторы полагают, что судьбу пострадавшего во многом определяет своевременность и качество оказания медицинской помощи. Безусловно, лица, получившие травмы в результате транспортных несчастных случаев, произошедших на территории населенного пункта, имеют больше шансов на своевременное прибытие бригады скорой помощи, чем пострадавшие в результате ДТП на трассах, удаленных от населенных пунктов. Однако проведенный нами анализ показал, что

Зависимость между смертностью пострадавших в ДТП с закрытой травмой живота (в расчете на 100 000 населения) и расстоянием до районной больницы

Таблица 14

№/№	Территория края	Смертность населения от ДТП	Среднее расстояние до районного центра	Уровень корреляции R
1	Емельяновский район	39,4	39	0,35 >0,2
2	Козульский район	33,0	33,6	0,235 >0,5
3	Ермаковский район	32,5	36,1	0,777 <0,05
4	Уярский район	32,4	26	0,237 >0,5
5	Северо-Енисейский район	31,3	118	0,996 <0,001
6	Ужурский район	27,8	37,7	0,303 >0,5
7	Рыбинский район	27,2	37,5	0,352 >0,2
8	Боготольский район (Боготол)	25,4	23,9	0,102 >0,5
9	Красноярский район	20,4	55,6	0,313 >0,5
10	Манский район (Дивногорск)	20,1	63	0,391 >0,2

ранговая корреляция составила по всем территориям Красноярского края $r = 0,176$ ($p > 0,2$), т.е. корреляция между смертностью населения от ДТП и расстоянием до районной больницы не достигает уровня статистической значимости. Детальный анализ 10 районов с самой высокой смертностью от ДТП (табл. 14) показал, что только в Ермаковском и Северо-Енисейском районах наблюдалась прямая корреляция, но на указанных территориях плечо доезда составляло более 100 км.

Хотелось бы обратить внимание на тот факт, что на территориях, где скорая медицинская помощь оказывается самостоятельными станциями, летальность из года в год меньше ($r = 0,735$; $p < 0,05$) чем там, где находятся отделения СМП при ЦРБ ($r = 0,475$; $p < 0,002$). При этом данная картина сохраняется как на федеральных, так и на краевых трассах.

Таким образом, наиболее высокая смертность у пострадавших в ДТП с закрытой травмой живота была зафиксирована на территориях вокруг федеральных и региональных трасс; непосредственно на месте ДТП погибли более половины пострадавших (53,1%), при этом 69,3% пострадавших не пережили первые сутки. В то же время при оказании помощи на догоспитальном этапе сотрудниками станции скорой медицинской помощи смертность среди населения меньше, чем при оказании помощи персоналом отделений СМП.

Заключение: Приведенные данные показывают, что причины летальности от закрытой травмы живота пострадавших в ДТП на территории Красноярского края можно разделить на немедицинские и медицинские.

К немедицинским причинам относятся резкое увеличение количества автомобилей, наличие федеральных и региональных трасс с интенсивным движением, неудовлетворительное состояние дорог и автотранспорта, низкая культура вождения и алкоголизация участников дорожного движения.

Медицинские причины характеризуются тяжестью травмы (80,7% пострадавших погибли от кровотечения и шока), низким уровнем знаний особенностей оказания первой помощи при закрытой травме живота участниками движения (на месте ДТП погибли более половины пострадавших (53,1%), недостаточной квалификацией и оснащенностью медицинского персонала, оказывающего помощь на догоспитальном этапе (при оказании помощи на догоспитальном этапе сотрудниками станции скорой медицинской помощи смертность среди населения меньше, чем при оказании помощи персоналом отделений СМП).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аналитический отчет «Проблемы реанимационных действий на месте ДТП». – М.: Центр стратегических разработок, 2004. – 28 с.
2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях /Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Попов А.А. и др.// Санкт-Петербург, 2007.-400с.
3. Лесик П.С. Оптимизация организационной и лечебно-диагностической тактики у пострадавших с закрытой травмой живота [Электронный ресурс]: Диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.27. – Москва. – 2005. С. 21.
4. Попов А.А. Условия оказания скорой медицинской помощи на территории Красноярского края при дорожно-транспортных происшествиях /А.А. Попов, С.И. Ростовцев, Е.А. Попова, В.И. Чикун и др.// Политравма. – 2013. – № 3. – С.66-72.
5. <http://www.gibdd.ru>

— наука и практика —

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ



Уваров Д.Н.

АВТОРЫ

**Д.Н. Уваров¹, Р.В. Копылов²,
О.Ю. Корольков², И.Б. Червяков²,
Г.В. Грицан², А.А. Любченко²**

1. ГОУ ВПО «Северный государственный
медицинский университет» Минздрава России,
кафедра анестезиологии и реаниматологии,
г. Архангельск

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

*«Боль является неприятным ощущением,
которое обусловлено повреждением ткани
или может привести к повреждению ткани.
Боль всегда субъективна»*

*IASP (Международная ассоциация
по изучению боли), 1994 г.*

Некупированный послеоперационный болевой синдром приводит к развитию ряда нежелательных эффектов. К наиболее важным из них относятся осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, системы мочевыделения, мышечные дисфункции, риск ТЭЛА, а также негативные психологические и эмоциональные реакции, которые могут быть проходящими и длительными.

Напомним, что допустимым уровнем боли для пациента после операции является значение не более 3-4 баллов из 10 в покое и, что особенно важно, при кашле. В настоящий момент существует очень много ассоциаций по изучению боли. В последние 15-20 лет вследствие целого ряда медицинских, социальных, экономических и юридических причин наблюдается отчетливая тенденция к усилению роли неопиоидного компонента в мультимодальной анальгезии. [1]. И здесь следует отметить важную роль простых анальгетиков, таких как парацетамол и НПВС в инъекционной форме [5]. Мультимодальная анальгезия предусматривает одновременное использование двух или более анальгетиков, обладающих различными механизмами действия и позволяющих достичь адекватного обезболивания при минимуме побочных эффектов, присущих назначению больших доз одного анальгетика в режиме монотерапии. Такой подход позволяет повысить безопасность обезболивания, поскольку, например, НПВС имеют широкий спектр побочных свойств, в числе которых гастротоксичность с риском развития кровотечения, нарушение функции почек и опасность увеличения операционной кровопотери [7]. Анальгин, широко распространенный в России, может оказывать гематотоксическое действие и снижать функцию почек. Вот почему, выбирая в каждом конкретном случае неопиоидные компоненты для повышения эффективности и увеличения безопасности опиоидной анальгезии, врач должен иметь выбор препаратов для назначения не только эффективного, но и наиболее безопасного для данного пациента лекарства. Для того чтобы адекватно назначить обезболивание в послеоперационном периоде, необходимо понимать: обезболивание должно иметь патогенетический характер, то есть должно быть направлено на те механизмы боли, которые лежат в основе ее формирования [1,2,4].

— наука и практика —

На базе КГБУЗ «КМКБСМП им Н.С. Карповича» путем анкетирования проведено исследование, направленное на выявление проблем периоперационного обезболивания.

В анкетировании приняли участие пациенты, находящиеся в хирургическом, урологическом, гинекологическом, нейрохирургическом отделениях, подвергшиеся различным оперативным вмешательствам.

В анкете мы просили пациентов отметить:

- на каких этапах лечения (до начала лечения, до операции, после операции, во время лечения, во время операции, при проведении перевязки) они испытывали боль,
- беспокоила ли пациентов тошнота и рвота в послеоперационном периоде,
- как оказывалась помощь при болях (в виде таблеток, внутримышечных инъекций, внутривенных инъекций),
- кратность проводимого обезболивания при болях (количество раз в сутки),
- удовлетворен ли пациент качеством обезболивания,
- оценку своей боли по 10-балльной шкале в 1-е, 2-е, 3-и сутки.

В анкетирование было включено 32 пациента (16 мужчин, 16 женщин) в возрасте от 17 до 67 лет.

Анализируя данные, мы пришли к следующим результатам: 50% опрошенных пациентов указали, что испытывали боль до начала лечения и до начала операции; 68,75% отметили, что испытывали боль после операции; 31,25% указали на то, что испытывали боль во время лечения.

При этом ни один человек не отмечал болевых ощущений во время операции. В послеоперационном периоде у 25% наблюдалась тошнота и рвота.

Послеоперационное обезболивание в 81,25% случаев проводилось в виде внутримышечных инъекций, при этом: 1 раз в сутки у 18,75% больных, 2 раза в сутки у 50%, 3 раза в сутки у 25% больных; 6,25% респондентов отметили, что обезболивание не проводилось.

Выраженный болевой синдром в первые сутки отмечался у 68,75% больных (более 4 баллов по 10-балльной шкале, что выше допустимого уровня). При этом 18,75% пациентов отмечали выраженность болевых ощущений – 8 баллов и более. На вторые сутки 18,75% отмечали болевой синдром более 4 баллов, а 81,25% отмечали выраженность боли от 0 до 4 баллов.

На основании этого исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) В послеоперационном периоде отмечается высокий уровень боли.

2) Требуется изменение подхода к обезболиванию.

3) Не проводится рутинная оценка боли в хирургической практике.

В России единых рекомендаций по периоперационному обезболиванию нет, правда, существует опыт внедрения протоколов по обезболиванию. Коллектив кафедры анестезиологии «Северного государственного медицинского университета» в Архангельской области разработал и внедрил протоколы по периоперационному обезболиванию более чем к 20-ти оперативным вмешательствам. За основу взяты европейские рекомендации рабочей группы Prospect.

Вот мнение главного хирурга Архангельской области, д.м.н. А.В. Березина: «Практическая новизна и ценность представленных рекомендаций определяются тем, что они являются первой в России попыткой системного анализа доказательной и научной базы и практического опыта по вопросам периоперационного обезбоживания как в «малой», так и в «большой» хирургии. Реализация предложенных авторами протоколов периоперационного обезбоживания позволит существенно повысить эффективность послеоперационной аналгезии. Считаю, что практические рекомендации могут быть применены в клинической практике любого хирургического стационара».

Представляем протоколы, о которых шла речь.

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ: 1

- Габапентиноиды (прегабалин – 150 мг, габапентин – 1200 мг за 1-2 часа до операции),
- НПВС за 1-2 часа до операции per os или в/в,
- Ингибиторы ЦОГ -2 за 1 час до операции per os, 9

АНЕСТЕЗИЯ:

А. Метод первого выбора (при отсутствии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде):

- Спинальная анестезия 2 ± в/в седация или общая анестезия

или

- Спинально-эпидуральная анестезия ± в/в седация или общая анестезия

или

- Эпидуральная анестезия 3 ± в/в седация или общая анестезия

науча и практика

Б. При наличии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде:

- Блокада бедренного нерва⁴ + общая анестезия
или
- Блокада поясничного сплетения⁴ + общая анестезия
или
- Общая анестезия + инфильтрация раны местным анестетиком

В. За 30 минут до конца операции или предполагаемой регрессии блокады:

- Парацетамол (внутривенная форма)
совместно с
- Традиционные НПВС (предпочтительней в/в формы; рекомендуется использовать препараты последнего поколения⁴: лорноксикам, кетонал
или
ингибиторы циклооксигеназы-2 (иЦОГ-2) при повышенном риске развития осложнений от традиционных НПВС (мелоксикам)⁸

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

А. Всем пациентам (при отсутствии противопоказаний):

- Парацетамол (внутривенная, пероральная формы)
совместно с
- Традиционные НПВС⁵ (препараты последнего поколения)
или
ингибиторы ЦОГ-2
- Габапентиноиды (прегабалин – 150 мг, габапентин – 1200 мг однократно через 24 часа после операции).

Б. Продолжение продленной эпидуральной или проводниковой анальгезии местными анестетиками (если продленные региональные методики использовались во время операции). Предпочтительней использовать контролируемую пациентом анальгезию.

В. При интенсивном болевом синдроме (ВАШ > 50 мм) – сильные опиоиды⁶ внутривенно контролируемой пациентом анальгезией или регулярными инъекциями.

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ 30-50 мм) – слабые опиоиды.

Примечания:

1. Предоперационная анальгезия и назначение габапентиноидов достоверно уменьшают выраженность послеоперационной боли, габапентиноиды также используются для профилактики нейропатической послеоперационной боли.

2. Для спинальной анестезии необходимо использовать МА длительного действия (0,5% бупивакаин спинальный гипербарический, 0,5% бупивакаин спинальный, 0,5% ропивакаин спинальный). В связи с потенциальной локальной нейротоксичностью ин-

тратекальное введение лидокаина не рекомендуется.

3. Не рекомендуется проводить эпидуральную блокаду в виде однократной инъекции, необходимо катетеризировать эпидуральное пространство. При катетеризации рекомендуется использование ультразвука с системой навигации с целью идентификации уровня пункции. Обезболивание проводить комбинацией местного анестетика и опиоида (фентанил 50-100 мкг, морфин 3-5 мг).

4. При катетеризации перинеурального пространства рекомендуется использование ультразвука с системой навигации и/или нейростимулятор.

5. Доступны внутривенные формы.

6. Следует избегать внутримышечного введения препаратов вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики. Предпочтительней внутривенные формы с переходом на оральные.

7. Бупренорфин (бупранал), промедол, морфин, фентанил.

9. Налбуфин, трамадол. Применение опиоидных агонист-антагонистов предпочтительнее вследствие их более безопасного профиля в послеоперационном периоде, чем у истинных агонистов!

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

АНЕСТЕЗИЯ / ОПЕРАЦИЯ:

А. Метод выбора:

- Общая анестезия

Б. Резервный метод:

- Комбинированная анестезия: грудная паравerteбральная блокада¹ + общая анестезия

В. За 30 минут до конца операции (с момента начала ушивания раны):

- Парацетамол²
совместно с
- Традиционные НПВС³
или

ингибиторы циклооксигеназы-24 при повышенном риске развития осложнений от традиционных НПВС

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

- Рекомендуется при создании пневмоперитонеума использовать низкое давление газа CO₂ на уровне 5 –

— наука и практика —

7,5 – 9 mm Hg.

- Внутривенное орошение раствором местного анестетика длительного действия ложа желчного пузыря и окружающих тканей (0,75% ропивакаин или 0,5% бупивакаин).
- При использовании общей анестезии при завершении операции целесообразно проведение инфузии мест введения троакарных раствором местного анестетика длительного действия (0,75% ропивакаин или 0,5% бупивакаин).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

А. Всем пациентам (при отсутствии противопоказаний):

- Парацетамол⁵
совместно с
- Традиционные НПВС³
или

ингибиторы циклооксигеназы-2 при повышенном риске развития осложнений от традиционных НПВС.

Б. Продолжение паравертебральной⁶ анальгезии.

В. Введение 20 мл местного анестетика длительного действия (0,25% ропивакаин или 0,25% бупивакаин) в дренаж, установленный к ложу желчного пузыря, достоверно снижает выраженность послеоперационной боли.

Г. При интенсивном болевом синдроме (ВАШ⁷ > 50 мм) – добавить опиоиды⁸ регулярными инъекциями или аутоанальгезией.

Д. При противопоказаниях к регионарным методам анальгезии – опиоидные анальгетики⁸.

Примечания:

1. Выполняется на стороне оперативного вмешательства. Для паравертебральной блокады использовать высокие концентрации МА длительного действия (1% или 0,75% раствор ропивакаина, 0,5% раствор бупивакаина).
2. Внутривенно в дозе 1 грамм. В конце операции не рекомендуется использовать ректальную форму парацетамола в связи с непредсказуемыми фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками.
3. В раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики. Предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС (кетонал, лорноксикам).
4. Ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид.
5. Доза парацетамола должна составлять 4 грамма в сутки (не более). В раннем послеоперационном периоде необходимо использовать только внутривенную форму. При восстановлении способности принимать

пищу – переход на пероральные формы. Из пероральных предпочтение отдать формам, быстрорастворимым в воде. Длительность приема – до 5 суток.

6. Для паравертебральной анальгезии после операции использовать низкие концентрации МА длительного действия (0,2% раствор ропивакаина или 0,25% раствор бупивакаина) в комбинации с опиоидами (фентанил).

7. Визуально-аналоговая шкала представляет собой полосу длиной 100 мм с крайними значениями «нет боли» и «самая сильная боль, которую только можно представить». Важно регулярное (каждые 3 часа) в послеоперационном периоде использование ВАШ. Возможно также применение цифровой рейтинговой шкалы (от 0 до 10 баллов).

8. Бупренорфин (бупранал), промедол, морфин, фентанил.

9. Налбуфин, трамадол. Применение опиоидных агонист-антагонистов предпочтительнее благодаря их более безопасному профилю в послеоперационном периоде, чем у истинных агонистов!

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ: 1

- Габапентиноиды (прегабалин – 150 мг, габапентин – 1200 мг за 1-2 часа до операции)
- НПВС за 1-2 часа до операции per os или в/в
- Ингибиторы ЦОГ-2 за 1 часа до операции per os⁹

АНЕСТЕЗИЯ / ОПЕРАЦИЯ:

А. Низкий риск анестезии²

- Общая анестезия
- Спинномозговая анестезия³ ± в/в седация или общая анестезия

Б. Высокий риск анестезии⁴

- Эпидуральная анестезия⁵ + общая анестезия
- Спинально-эпидуральная анестезия^{2,4} ± в/в седация или общая анестезия
- Общая анестезия⁶

В. За 30 минут до конца операции или предполагаемой регрессии спинального блока:

- Парацетамол⁷
совместно с
- Традиционные НПВС⁸
или

ингибиторы циклооксигеназы-2⁹ при повышенном риске развития осложнений от традиционных НПВС.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

- Разрез по Пфанненштилю предпочтительнее, но выбор, прежде всего, должен быть основан на технической выполнимости и показаниях к операции;
- Предпочтительно использование лапароскопических технологий;
- Для уменьшения интенсивности послеоперационного болевого синдрома хирургический разрез с помощью диатермии предпочтительнее скальпеля;
- Влагалищная гистерэктомия предпочтительнее лапаротомной, но выбор должен быть основан на технической выполнимости и показаниях к операции;
- При использовании общей анестезии или СМА и поперечном разрезе, перед ушиванием, целесообразно проведение инфильтрации краев раны раствором местного анестетика длительного действия (0,5% бупивакаина гидрохлорида; 0,75% раствора ропивакаина гидрохлорида) с установкой многоперфорированного катетера для инфузии местного анестетика в послеоперационном периоде;
- При использовании общей анестезии или СМА и срединной лапаротомии целесообразно проведение блокады влагалища прямой мышцы живота местным анестетиком (0,5% бупивакаина гидрохлорида; 0,5-0,75% раствора ропивакаина гидрохлорида) перед ушиванием брюшной стенки;
- При использовании лапароскопических технологий рекомендуется инфильтрация мест введения инструментов раствором местного анестетика длительного действия перед ушиванием.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

А. Всем пациентам (при отсутствии противопоказаний):

- Парацетамол 10
совместно с
- Традиционные НПВС8
или

ингибиторы циклооксигеназы-29 при повышенном риске развития осложнений от традиционных НПВС

- Габапентиноиды (прегабалин – 150 мг, габапентин – 1200 мг однократно через 24 часа после операции) или прегабалин 75 мг 1 раз в день – 5 дней

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками и опиоидами11.

В. Продолжение введения в операционную рану 0,2%-0,25% бупивакаина, 0,25% ропивакаина или 1% лидокаина в виде постоянной инфузии или периодических болюсов.

Г. Методом выбора может быть ТАР-блокада (блокада поперечного пространства живота) или илеоингинальная блокада под контролем ультразвукового оборудования с системой навигации. Необходимо использовать местные анестетики длительного действия (0,25% раствора бупивакаина гидрохлорида или 0,5% раствора ропивакаина гидрохлорида). При срединной лапаротомии предпочтительно использование блокады влагалища прямой мышцы живота (0,25% бупивакаина гидрохлорид; 0,5% раствора ропивакаина гидрохлорида) под контролем ультразвукового оборудования с системой навигации. 12

Д. При использовании лапароскопической техники методом выбора является ТАР-блокада (блокада поперечного пространства живота) с использованием 0,25% раствора бупивакаина гидрохлорида, 0,5% раствора ропивакаина гидрохлорида; или илеоингинальная блокада под контролем ультразвукового оборудования с системой навигации12.

Е. При интенсивном болевом синдроме (ВАШ12>50 мм) добавить сильные опиоиды14 внутривенно контролируемой пациентом анальгезией или регулярными инъекциями.

Ж. При средней интенсивности боли (ВАШ=30-50 мм) + слабые опиоиды.15

Примечания:

1. Предоперационная анальгезия и назначение габапентиноидов достоверно уменьшают выраженность послеоперационной боли, габапентиноиды также используются для профилактики нейропатической послеоперационной боли.
2. Пациенты с анестезиологическим риском ASA I-II или классическая экстирпация матки.
3. При отсутствии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде. Не рекомендуется катетеризация субарахноидального пространства. Для СМА необходимо использовать МА длительного действия (0,5% бупивакаин спинальный, 0,5% бупивакаин спинальный гипербарический). В связи с местной нейротоксичностью интратекальное введение лидокаина не рекомендуется.
4. Пациенты с анестезиологическим риском ASA III-IV или расширенное травматичное оперативное вмешательство, особенно у больных со злокачественными новообразованиями.
5. Не рекомендуется проводить эпидуральную блокаду в виде однократной инъекции, необходимо катетеризировать эпидуральное пространство. Для эпидуральной блокады использовать высокие концентрации МА длительного действия (0,5% или 0,75% раствор бупивакаина гидрохлорида, 0,5-0,75% раствор ропи-

науча и практика

вакаина). Комбинация местного анестетика и опиоида (фентанил 100 мкг, морфин 3-5 мг), вводимая эпидурально, лучше любого из них по отдельности. В связи с местным нейротоксическим действием использование 2% раствора лидокаина не рекомендуется.

6. При противопоказании к нейроаксиальной блокаде или отказе пациентки.

7. Внутривенно в дозе 1 грамм. В конце операции не рекомендуется использовать ректальную форму парацетамола в связи с непредсказуемыми фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками.

8. В раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики. Предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС: ксефокам (лорноксикам), кетонал (кетопрофен). Длительность применения внутривенной формы НПВС – не менее 24 часов. При восстановлении способности принимать пищу – переход на их пероральные формы.

9. Ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид.

10. Доза парацетамола должна составлять не более 4 грамм в сутки. В раннем послеоперационном периоде предпочтительней использовать внутривенную форму. Длительность применения внутривенной формы – до 72 часов. При восстановлении способности принимать пищу – переход на пероральные формы. Из пероральных форм предпочтение отдать быстрорастворимым в воде. Длительность приема – до 5 суток.

11. Для эпидуральной анальгезии после операции использовать низкие концентрации МА длительного действия (0,2% раствор ропивакаина, 0,2% бупивакаина) в комбинации с опиоидами (фентанил, морфин). Для введения анальгетической смеси целесообразно применять методику постоянной инфузии или аутоанальгезии. Болюсное введение допускается лишь при отсутствии шприцевых дозаторов. В связи с частым развитием тахифилаксии при использовании лидокаина при эпидуральной анальгезии предпочтение следует отдавать длительно действующим местным анестетикам.

12. Использование «слепых» методик не рекомендуется из-за слишком частого непреднамеренного проникновения иглой в брюшную полость и высокой вероятности неэффективности блокады.

13. Визуально-аналоговая шкала представляет собой полосу длиной 100 мм с крайними значениями «нет боли» и «самая сильная боль, которую только можно представить». Важно регулярное (каждые 3 часа) использование ВАШ в послеоперационном периоде. Возможно также применение цифровой рейтинговой шкалы (от 0 до 10 баллов).

14. Бупренорфин (бупранал), промедол, морфин, фентанил.

15. Налбуфин, трамадол. Применение опиоидных агонист-антагонистов предпочтительнее благодаря их более безопасному профилю в послеоперационном периоде, чем у истинных агонистов!

Считаем, что внедрение в практику данных протоколов повысит качество лечения больных с хирургической патологией, уменьшит количество осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Арлазарова Н.М. и др. Предупреждающая анальгезия: реальная возможность профилактики послеоперационного болевого синдрома. – *Анест. и реаниматол.*, 1996, № 4, с. 35–39.
2. Горобец Е.С., Гаряев Р.В. Рассуждения о послеоперационном обезболивании и внедрении эпидуральной анальгезии в отечественную хирургическую клинику // *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. 2007. Т. 1, № 1. С. 42–51.
3. 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.
4. Rawal N. Postoperative pain and its management // In Raj PP: *Practical Management of Pain*. 2nd Ed. Mosby-Year Book, Malvers, PA, 1992 – P. 367.
5. 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.
6. Wilder-Smith O.H.G., Arendt-Nielsen L. Post-operative hyperalgesia // *Anesthesiology*. – 2006. – Vol.104, N. 3. – P. 601-607.
7. Barden J., Edwards J., Moore A., McQuay H. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) for postoperative pain (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
8. Perkins F., Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. // *Anesthesiology*. – 2000. – V.93. – P.1123-1133.
9. Pettersson P., Owall A., Jakobsson J. Early bioavailability of paracetamol after oral or intravenous administration. // *Acta Anaesth.Scand.* – 2004. – V.48. – P.867-870.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ



Власов П.Н.

АВТОРЫ

**П.Н. Власов, Г.В. Грицан,
Р.А. Рымарчук, Н.В. Волошина,
Ю.В. Омылова, А.А. Копытко**

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из основных заболеваний человека, ухудшающих качество жизни и приводящих к летальному исходу. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – заболевание, которое может закончиться выздоровлением больного без вмешательства врачей и наоборот – привести к смерти. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, жизнь которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения [1].

Самым опасным представляется ранний период заболевания, когда высок риск остановки сердца и развития острой сердечной недостаточности (ОСН). Летальность при инфаркте миокарда, по литературным данным, составляет от 18,5 до 40% [1,5].

Известно, что на сегодняшний день реперфузия миокарда, выполненная в первые шесть часов от начала развития ОИМ с использованием тромболитических препаратов или интервенционных процедур, доказала свою эффективность в ограничении зоны повреждения и предупреждении развития ОСН. Внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК) также дает хорошие результаты в лечении ОСН. Но наибольшая эффективность применения данного метода получена в сочетании с реперфузионной терапией [3]. Острая левожелудочковая недостаточность может быть следствием большой площади инфарктного повреждения сердечной мышцы, артериальной гипертензии, выраженной митральной регургитации, дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Сердечная недостаточность при ОИМ обусловлена развитием либо систолической, либо систоло-диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Диастолическая дисфункция приводит к появлению гипертензии в малом круге кровообращения, что существенно нарушает процессы газообмена в легочной ткани. Диастолическая дисфункция ЛЖ, вызванная снижением сократительной способности миокарда, может приводить к значительному уменьшению фракции выброса (ФВ). Эти патогенетические механизмы приводят к появлению соответствующим

— наука и практика —

ющей клинической картины: нарушение процессов микроциркуляции, появление цианоза, одышки, влажных хрипов, тахикардии, олигоурии [2].

Применение препаратов, обладающих положительным инотропным эффектом, таких как добутамин, допамин и ингибиторы фосфодиэстеразы, не дало однозначного ответа относительно эффективности и безопасности их применения [1,4]. Левосимендан является негликозидным кардиотоническим препаратом, первым представителем нового класса фармакологических средств – сенситизаторов кальция, который обладает двойным механизмом действия: повышает сократительную способность сердечной мышцы и оказывает вазодилатирующее действие. Важным фармакологическим свойством левосимендана является открытие АТФ – зависимых калиевых каналов, что улучшает капиллярный коронарный кровоток и приводит к ограничению зоны гибернированного миокарда и восстановления сократимости оглушенного миокарда [1]. Обширность зоны некроза напрямую зависит от сроков и степени реперфузии миокарда, поэтому важным условием эффективности терапии левосименданом может быть сочетание с ранним применением медикаментозных и немедикаментозных методов восстановления кровоснабжения ишемизированного миокарда. На сегодняшний день доказана клиническая эффективность левосимендана как препарата с многоплановым механизмом действия, который снижает летальность [2]. Левосимендан не влияет на процесс расслабления миокарда в диастоле и восстанавливает насосную функцию сердца без заметного повышения потребности миокарда в кислороде и риска развития аритмий. Эффективность терапии левосименданом обусловлена результатом фармакологического действия не только самого левосимендана, но и его активного метаболита (OR – 1896), который также является активным сенситизатором кальция и, благодаря более длительному периоду полувыведения, сохраняет терапевтическое действие на протяжении нескольких суток после инфузии препарата [3,2].

Цель исследования: Продемонстрировать опыт использования левосимендана у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: В нашей работе представлен опыт применения левосимендана у 5-ти больных ОИМ с подъемом сегмента ST. Диагноз «инфаркт миокарда» выставлен на основании клинической картины, изменений на ЭКГ, положительного уровня специфических ферментов (тропонин I) – согласно международным и российским рекомендациям.

Пример №1: Пациент Ш.Р.Д., 61 год, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 05.07.2015 с диагнозом «ИБС, острый, с зубцом Q, передний распространенный инфаркт миокарда» от 05.07.2015, СН 2А (левожелудочковая).

В экстренном порядке доставлен в рентген-операционную на коронароангиографию (КАГ): стеноз 1/3 передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) 30%; тромботическая окклюзия с/3 ПМЖВ за бифуркацией с диагональной ветвью; стеноз д/3 огибающей ветви (ОВ) за бифуркацией с 2-й ветвью тупого края (ВТК) 70 %; стеноз правой коронарной артерии (ПКА) при переходе в горизонтальную часть 40%. Выполнено стентирование ПМЖВ с/3 Resolute Integrity 3.0*22.

ЭХО КГ: ФВ 41% , ФВ 2х – 37%, ФВ 4х – 37%. КДО 166 мл. Гипокинез переднеперегородочного, базального и медиальных сегментов, переднебоковой и передней стенок в медиальных сегментах, акинез апикальных, переднеперегородочного и переднебокового сегментов. Переведен в кардиологическое отделение 07.07.2015.

Остановка сердечной деятельности по типу ФЖ 14.07.2015 в рентген-кабинете, реанимационные мероприятия в течение 20 минут. ИВЛ. Доставлен в рентген-операционную, на КАГ: тромбоз стента ПМЖВ, выполнена тромбэкстракция и РЭД стента ПМЖВ. Установлен ВАБК в режиме 1:1, с приростом 100%.

Инфузия левосимендана болюсно 24мкг/кг/мин в течение 10 минут системно 14.-15.07.2015, далее – 0,1 мкг/кг/мин в течение 24 часов. Экстубирован через 24 часа. ВАБК отключен 16.07.2015. ЭХО КГ: ФВ 2х – 31%, ФВ 4х – 33%, КДО 160 мл. Гипокинез переднеперегородочных, базального и медиальных сегментов, переднебоковой и передней стенок в медиальных сегментах, нижнем и заднебоковом сегментах, акинез апикальных, переднеперегородочного и переднебокового сегментов. Переведен в кардиологическое отделение 19.07.2015.

Пример №2. Пациент Н.В.В., 49 лет, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 09.07.2015 с диагнозом «острый, с зубцом Q, задний распространенный инфаркт миокарда от 09.07.2015». Осл.: СН 2А (левожелудочковая). В экстренном порядке выполнена реканализация тромботической окклюзии ПКА, начата селективная инфузия левосимендана в ПКА в течение 10 минут, со скоростью 24 мкг/кг/мин через ДЛВ. Гемодинамически стабилен. Выполнено стентирование ПКА стентом Integriti 4.0*30. Переведен в кардиореанимацию на продленную инфузию левосимендана в течение 24 часов со скоростью 0,1 мкг/кг/мин.

ЭХО КГ от 10.07.2015: ФВ 39%, ФВ 2х – 28 %, КДО 137 мл, гипоакинез заднебоковых сегментов на базальном, медиальном, апикальных доступах, гипокинез нижнего медиального сегмента.

ЭХО КГ от 13.07.2015: ФВ – 48%, ФВ 2х – 41 %. Сохраняется гипокинез заднебоковых сегментов на всех

— наука и практика —

уровнях, гипокинез сегментов нижних, медиального и апикального. Переведен в кардиологическое отделение 13.07.2015.

Пример №3. Пациент К.А.Н., 81 год, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 17.07.2015 с диагнозом «ИБС, острый повторный задний инфаркт миокарда от 17.07.2015, кардиогенный шок от 17.07.2015». В экстренном порядке проведена КАГ: стеноз д/3 ПМЖВ 70 %, критический стеноз устья ОВ, тромботическая окклюзия ПКА от устья. Во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) дважды фибрилляция желудочков с успешной реанимацией. Переведен на ИВЛ. Установлен ВАБК в режиме 1:1, со 100% приростом. Выполнено стентирование ПКА от устья. Проводилась кардитоническая поддержка нордреналином 0,2-0,15 мкг/кг/мин. Инфузия левосимендана через ДЛВ со скоростью 0,1 мкг/кг/мин, с нагрузкой 12 мкг/кг/мин в течение 10 минут системно проводилась 19-21.07.2015. Отключен ВАБК 25.07.2015. Экстубирован 26.07.2015. Инфузия норадреналина прекращена 31.07.2015.

ЭХО КГ от 21.07.2015: ФВ 48 %, КДО 99 мл. Сократительная функция снижена умеренно на фоне гипокинеза заднебазального, заднесреднего, задневерхушечного, заднебокового сегментов. СДЛА 55 мм.рт.ст. ЭХО КГ от 24.07.2015: ФВ 45 %, КДО 110 мл. Сократительная функция снижена умеренно на фоне гипокинеза заднебазального, заднесреднего, задневерхушечного, заднебокового сегментов. СДЛА 48-50 мм.рт.ст. Переведен в кардиологическое отделение 04.08.2015.

Пример №4. Пациентка С.В.Е., 59 лет, поступила 01.08.2015 в приемный покой кардиологического отделения БСМП с диагнозом «острый нижний инфаркт миокарда от 01.08.2015». Осл.: кардиогенный шок от 01.08.2015. В экстренном порядке подана в рентген-операционную. По результатам КАГ: стеноз устья ПМЖВ 50%, стеноз устья ОВ 50%, стеноз с/3 ОВ 70%, тромботическая окклюзия с/3 ПКА. Выполнена реканализация правой коронарной артерии (ПКА), во время проведения тромбэкстракции остановка сердечной деятельности по типу ФЖ с успешной реанимацией, переведена на ИВЛ. Далее выполнена РЭД и стентирование ПКА. На контрольных снимках тромбирование стента ПКА, повторно выполнена дилатация (РЭД, ПКА), интракоронарно введен интегрилин 180 мкг/кг. Также подключен в/в интегрилин через ДЛВ со скоростью 2 мкг/кг/мин. После перевода в кардиореанимацию начата инфузия левосимендана 12 мкг/кг в течение 10 минут в/в, далее 0,1 мкг/кг/мин в течение 24 часов. Проводилась кардитоническая поддержка норадреналином 0,1-0,05 мкг/кг/мин, дофамином 3-5 мкг/кг/мин. Экстубирована 02.08.2015. Норадреналин отменен 05.08.2015, дофамин 07.08.2015.

ЭХО КГ от 03.08.2015: ФВ 40 %, КДО 228 мл, СДЛА 48-50 мм.рт.ст, гипертрофия левого желудочка, дилатация всех полостей сердца. Сократительная функция значительно снижена, на фоне гипокинеза всех задних отделов.

ЭХО КГ от 07.08.2015: ФВ 45 %, КДО 218 мл, СДЛА 40-42 мм.рт.ст., гипертрофия левого желудочка, дилатация всех полостей сердца. Сократительная функция значительно снижена, на фоне гипокинеза всех задних отделов.

Переведена в кардиологическое отделение 10.08.2015.

Пример №5. Пациентка Н.В.К., 66 лет, поступила в приемный покой кардиологического отделения 18.05.2015 с диагнозом «ИБС, острый заднебоковой инфаркт миокарда от 18.05.2015». Осл: СН 2А, левожелудочковая. Синусовая брадикардия. Кардиогенный шок от 18.05.2015. Killip IV. Пациентка в экстренном порядке подана в рентген-операционную, где развился отек легких, произведена интубация трахеи, начата ИВЛ, выполнена КАГ: тромботическая окклюзия 1/3 ОВ. Окклюзия с/3 ПМЖВ с заполнением из ЛКА и ПКА. Учитывая тяжесть состояния больной (кардиогенный шок), а также многососудистое поражение коронарных артерий (КА), установлен ВАБК. Выполнена реканализация огибающей ветви (ОВ), установлен стент Resolute 3.5x38 мм. РЭД устья ветви тупого края (ВТК) через ячейку стента баллоном 3,0. Реканализация ПМЖВ, РЭД баллоном 2,0 мм, установлен стент Driver 3.0x24 мм. В кардиоренимации начата кардитоническая поддержка: дофамин 17,8 мкг/кг/мин, норадреналин 0,04 мкг/кг/мин. Продолжена инфузия ангиокса ч/з ДЛВ со скоростью 28 мл/час. В послеоперационный период почечная дисфункция, СПОН. 20.05.2015 подключена инфузия лазикса со скоростью 50 мг/час, отключена кардитоническая поддержка дофамином. У больной в области крестца на вторые сутки образовался пролежень, консультирована хирургом, наложена противопролежневая повязка. Произведена коррекция антибактериальной терапии.

Эхо КГ от 20.05.2015: ФВ-50%, КДО 160 мл, КСО 80 мл.

Заключение: Склероз аорты и створок АК и МК, кальциноз кольца и створок АК и МК, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого предсердия. Сократительная способность снижена на фоне акинезии передневерхушечного, верхушечнобокового сегментов, гипокинезии сегментов передней стенки. ДДЛЖ по 1 типу. М. регургитация 2 ст. Т. регургитация 1-2, А. регургитация 1 ст. СДЛА- 35 мм.рт.ст.

21.05.2015 проведен сеанс заместительной почечной терапии. Наблюдаются явления ОРДС, 25.05.2015 прекращена кардитоническая поддержка норадренали-

— наука и практика —

ном, подключен дофамин 7,1 мкг/кг/мин. Явления ОДН энцефалопатии 26.05.2015, сеансы ЗПТ продолжаются. Инфузия норадреналина 0,08 мкг/кг/мин. подключена 28.05.2015. Инфузия дофамина прекращена 30.05.2015.

Эхо КГ от 28.05.2015: в динамике ФВ-44%(37%). Зоны гипокинезии те же. СДЛА 45-47 мм.рт.ст.

Нозокомиальная пневмония справа, желудочковая тахикардия диагностированы 31.05.2015. Выполнена электроимпульсная терапия (ЭИТ), синусовый ритм восстановлен. Явления септического шока 01.06.2015.

Эхо КГ от 08.06.2015: ФВ-50%, КДО 242 мл, КСО 120 мл. Умеренный склероз аорты и створок АК и МК, кальциноз кольца и створок АК и МК, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого и правого предсердия. Сократительная способность снижена на фоне гипокинезии передневерхушечного, верхушечнобокового сегментов, гипокинезии сегментов передней стенки. М. регургитация 2-3 ст. Т. регургитация 2, А. регургитация 1 ст. СДЛА 40-42 мм.рт.ст. Выпот в перикарде и плевральных полостях.

Клиника отека легких 11.06.2015, купирована 12.06.2015. Подключена инфузия левосимендана с нагрузочной дозой 12 мкг/кг/мин в течение 10 мин., далее 0,1 мкг/кг в минуту в течение суток. Вновь клиника отека легких 13.06.2015. Остановка кровообращения по типу асистолии 19.06.2015. Констатирована биологическая смерть.

Обсуждение: По данным литературы известно, что левосимендан проявляет различные механизмы патогенетического воздействия в зависимости от времени введения (клинической картины). Возможно введение препарата во время реваскуляризации, в послеоперационном периоде [5] – для стабилизации гемодинамики и кардиопротективных эффектов.

В первом клиническом примере на фоне развившегося ретромбоза в стенке ПКА левосимендан был успешно использован в послеоперационном периоде без инотропной поддержки.

Во втором клиническом примере селективная инфузия левосимендана в ПКА в течение 10 минут со скоростью 24 мкг/кг/мин начата в рентген-операционной. Гемодинамика была стабильной, что не требовало подключения кардиотоников. В кардиореанимации инфузия левосимендана продолжена в течение 24 часов.

В третьем и четвертом примере мы применяли левосимендан в послеоперационном периоде после реканализации, тромбэкстракции и стентирования на фоне инфузии больших доз кардиотоников. Однако в течение трех суток удалось отменить инотропную поддержку и сократить время пребывания в кардиореанимации.

В пятом клиническом примере левосимендан не применялся в остром периоде, так как у пациентки нарастали явления кардиогенного шока и полиорганная недостаточность. Летальный исход наступил от тяжелого сепсиса и септического шока.

У всех пациентов ФВ после применения препарата не снижалась и имела тенденцию к увеличению: 45-50%.

Выводы:

1. Левосимендан стабилизирует гемодинамику с преимущественным влиянием на диастолическую функцию без уменьшения зоны поражения.
2. Уменьшает количество осложнений за счет эффекта preconditionирования.
3. Использование левосимендана со своевременной реваскуляризацией инфарктзависимой артерии обеспечило более благоприятное клиническое течение заболевания.
4. Продленная инфузия левосимендана доказала свою эффективность и позволяет снизить частоту применения и дозу симпатомиметиков.
5. Левосимендан сокращает время пребывания в кардиореанимации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии: учеб. пособие / [Ананченко В. Г. и др.] ; под ред. профессора Л. И. Дворецкого. 2010. – 456 с: ил., вкл. цв. ил. – 12 п.
2. Применение левосимендана в сочетании с эндоваскулярной реперфузией у пациентов с ОИМ, осложненным левожелудочковой недостаточностью. Д.Г.Иоселиани, И.Ю. Костянов, А.В. Сидельников. №9, 2005, 18-24.
3. Shertel E.R. Assessment of left ventricular function. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1998, 46, suppl, 248-54.
4. Jamali I.N., Kersten J.R., Pagel P.S. et al. intracoronary levosimendan enhances contractile function of stunned myocardium. Anesth. Analg., 1997, 85, 23-9.
5. Выбор стратегии левосимендана у кардиохирургических больных с выраженной дисфункцией миокарда / Тезисы XIV съезда федерации анестезиологов и реаниматологов. 2013. С. 245.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОАППАРАТА В I ТРАВМАТОЛО- ГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н. С. КАРПОВИЧА» ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА С2 ПОЗВОНКА



Бохин А.С.

АВТОРЫ

**А.С. Бохин¹, В.Н. Шубкин²,
М.А. Белоусов¹**

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

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

В настоящее время в России и за рубежом внедрены многочисленные методы оперативного лечения нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника. Одним из них является внеочаговая репозиция и фиксация галоаппаратом. Этот метод не отличается новизной и применяется в нашей клинике на базе II травматологического отделения как самостоятельный метод лечения. В связи с внедрением и развитием оперативного лечения травм позвоночника в I травматологическом отделении такая методика репозиции и удержания переломов позвонков была оптимизирована нами.

Из истории. Данный метод впервые был использован в семидесятых годах двадцатого столетия. В основу была заложена идея линейной тракции шейного отдела позво-

ночника между двумя жестко фиксированными точками: краниальной и торакальной. Этот принцип сохраняется до настоящего времени. При этом происходит эволюционное усовершенствование узлов и методов репозиции. Соответственно, расширяются показания к применению метода в вертебрологии. Существует большое множество модификаций аппарата, используемого для лечения травм и заболеваний данным методом. Мы использовали аппарат «Halo-cast» «ЦИТО» (далее – галоаппарат). В базовой комплектации аппарат состоит из гало-кольца и 4-х стержней (пинов), посредством которых осуществляется крепление к костям свода черепа. Стержни (пины) внедряются в пределах наружной кортикальной пластинки в проекции теменных и лобных бугров. Кольцо при помощи 4-х телескопических штанг и системы шарниров соединяется с корсетом гипсовой или полимерной природы. Нами, с учетом анатомических ориентиров, математически высчитаны оптимальные точки ввода пинов.

Метод отвечает следующим требованиям: одномоментная закрытая многоплоскостная и ротационная репозиция переломов; полноценная декомпрессия сосудисто-нервных образований позвоночного канала; коррекция деформации и прочная фиксация поврежденного сегмента в необходимом и функционально выгодном положении. Кроме того, метод дает возможность динамического наблюдения и исправления возможных смещений фрагментов, а также осуществлять тракционное дозированное вытяжение на протяжении всего этапа лечения. При использовании аппарата предупреждается травматизация головного и спинного мозга и создаются оптимальные условия репозиции повышенной точности, что сокращает сроки консолидации перелома.

Статистические результаты применения галоаппарата российскими и зарубежными клиниками [2-11] позволяют нам сделать вывод о наиболее частом применении данного метода в следующих случаях:

1. Травмы позвоночника:

А. Краниовертебральная область: перелом С1, перелом зуба С2, перелом «палача», ротационный вывих С1.

— наука и практика —

Сочетание переломов атланта и аксиса. Множественные проникающие переломы нижне-шейных позвонков. Опасность развития неврологических осложнений. Б. Субаксиальные повреждения: дислокационные повреждения (верховые, сцепившиеся, переломовывихи). С. Последствия травм: грубые кифотические деформации. 2. Воспалительные заболевания: спондилиты, ревматоидные поражения. 3. Аномалии развития.

Актуальность метода:

1. Может использоваться в виде самостоятельного декомпрессивно-стабилизирующего метода. При трудностях в репозиции, особенно когда необходимо устранение ротационного смещения позвонка, аппарат дополняется вторым кольцом с возможностью репозиции за остистые отростки шейных позвонков. При переломах C1 и C2 — является методом выбора.

2. Возможно сочетание галоаппарата с декомпрессивно-стабилизирующими методами лечения травм шейного отдела позвоночника. Наиболее оптимальным вариантом применения галоаппарата является его сочетание с различными методами внутренней фиксации, а именно: а) открытое вправление вывиха зубовидного отростка; б) задняя декомпрессия; в) задний окципитоспондилодез; г) передняя декомпрессия транссоральным доступом; д) малоинвазивная фиксация (канюлированными винтами).

В таких случаях галоаппарат выполняет репозиционную функцию.

3. Обладает преимуществом перед открытым оперативным лечением за счет малоинвазивности и возможности постепенной репозиции. Проведение винтов в краниальной области и фиксация галокольца может быть как под общей, так и под местной анестезией, то есть в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Пациент остается максимально мобильным, что упрощает решение проблем развития или нарастания неврологической симптоматики, дает возможность проведения диагностических и лечебных мероприятий, в том числе анестезиологического пособия, что особенно актуально при множественных, сочетанных и комбинированных травмах: например, при необходимости абдоминальных и торакальных оперативных вмешательств.

4. Оставляет возможность рентгенологического, МСКТ и КТ-контроля от момента операции до консолидации перелома.

Клинический случай. Больной М., 21 год, госпитализирован в нейрохирургическое отделение по экстренным показаниям после автодорожной травмы с диагнозом «множественная сочетанная травма, не осложненный перелом зубовидного отростка C2 (3 тип), ротационное смещение, ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степе-

ни, закрытая травма грудной клетки, ушиб легких». По стабилизации состояния на третьи сутки переведен в I травматологическое отделение. Лечение проводилось консервативным методом — иммобилизация головодержателем. Сохранился выраженный болевой синдром без неврологической симптоматики. Диагноз подтвержден КТ-обследованием, определены показания к операции. На четвертые сутки от момента травмы оперирован — произведена закрытая репозиция, остеосинтез галоаппаратом. Метод оперативного пособия выбран по следующим принципам: 1) максимально быстрое обеспечение необходимой стабильности; 2) максимальная комфортность (легко переносится пациентом).

Активизирован и вертикализирован на вторые сутки после операции. Болевой синдром купирован. На КТ: перелом репонирован, сопоставлен, отмечено полное устранение асимметричного положения зубовидного отростка C2 и нормализация соотношений в боковых атлантоаксиальных суставах. Выписан в удовлетворительном состоянии на пятые сутки после операции на амбулаторное долечивание под наблюдением травматолога по месту жительства. Применение галоаппарата позволяет больному обслуживать себя (социальный эффект) и сократить время пребывания в стационаре (экономический эффект). Планируется расширение показаний к применению данного метода оперативного лечения в I травматологическом отделении КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабиченко Е.И. // Руководство по нейротравматологии / под ред. А.И. Арутюнова. — М., 1979. — С. 209-217.
2. Воронович И.Р., Николаев В.Н., Долуб О.И. // Здравоохранение Белоруссии. 1986, № 9. — С. 58-59.
3. Дудаев А.К. // Хирургическое лечение пострадавших с острыми неосложненными и осложненными повреждениями позвоночника грудной и поясничной локализации (клинико-экспериментальное исследование): Автореферат диссертации на соискание звания д-ра мед. наук. — СПб, 1997.
4. Макаревич С.В., Петренко А.М., Бабкин А.В. и др. // Материалы науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов Республики Беларусь. — Минск, 1998. — С. 194-197.
5. Aibi M., Etter C., Coscia M. // Spine. — 1989. — Vol. 14, N 10.-P. 1065-1069.
6. Bradford D.S., McBride G.G. // Clin. Orthop. — 1987. — N218.-P. 201-216.
7. Cotrel Y., Dubousset J., Guillaumat M. // Ibid. — 1988. — N227.-P. 10-23.
8. Denis F. // Spine. — 1983. — Vol. 8. — P. 817-831.
9. Dick W. // Ibid. — 1987. — Vol. 12, N 9. — P. 882-900.
10. Roy-Camille R., Saillant G., Mazel Ch. // Clin. Orthop. — 1986.-N203.-P. 7-17.
11. Steffee A.D., Biscup R.S., Sitkowski D.J. // Ibid. — 1986. — N 203. — P. 45-53.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ



Кузнецова И.В.

АВТОРЫ

**И.В. Кузнецова, Д.С. Земцов,
И.Ю. Ушаков**

КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская
клиническая больница №1»

Введение: На современном уровне развития неонатологии сепсис новорожденных является одной из самых часто встречаемых нозологий, которая в большинстве случаев сопровождается развитием опасных осложнений, угрожающих жизни ребенка [7,8,9]. К подобным осложнениям относятся такие, как пневмония, бактериальный менингит и менинго-энцефалит, некротизирующий энтероколит и т.п. Эти осложнения косвенным образом приводят к развитию респираторного дистресс-синдрома, что ухудшает состояние ребенка и усугубляет течение септического процесса [13,15,16,18]. Острый респираторный дистресс-синдром является наиболее тяжелой формой дыхательной недостаточности и до настоящего времени представляет большие сложности для своевременной диагностики и адекватной интенсивной терапии [3,4,16,18].

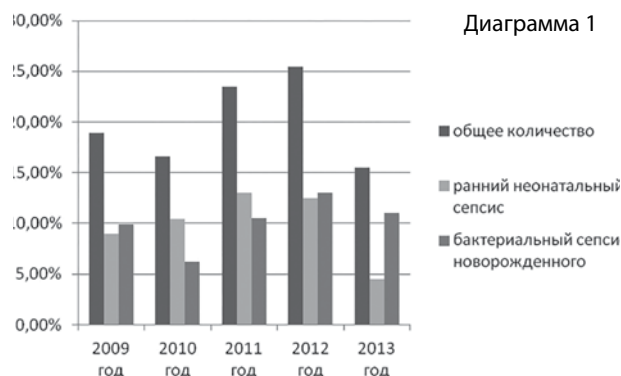
В определенное время этот термин трансформировался в «респираторный синдром взрослых», однако учи-

тывая, что данная патология встречается и у детей, включая новорожденных, наиболее широко стал использоваться термин «острый респираторный дистресс-синдром» (далее – ОРДС) [17,21,23,24]. Принято выделять две формы ОРДС: взрослая и педиатрическая, последняя подразделяется на первичный РДСН и вторичный (взрослый вариант течения ОРДС у новорожденных [22,25,26].

Цель: Проанализировать патоморфологические изменения в легких у детей с респираторным дистресс-синдромом на фоне септического процесса.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования послужили истории болезни и протоколы вскрытия 50 детей в возрасте от двух суток до шести месяцев: 34 мальчика (68,0%) и 16 девочек (32,0%). Гестационный возраст составил от 27 недель до 37-38 недель (средний срок гестации – 31 неделя). Все дети проходили лечение и умерли в отделении реанимации КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница №1» в период с 2010 года по первое полугодие 2014 года. У детей были выставлены диагнозы: «врожденная пневмония», «тяжелая асфиксия», «синдром аспирации меконием», «аноксическое поражение головного мозга». Все дети, без исключения, с рождения имели клинические проявления острой дыхательной недостаточности.

В период с 2009 по 2013 год с диагнозом «сепсис новорожденных», по данным Красноярской межрайонной детской клинической больницы №1, было пролечено 90 детей. Из них 17 (18,9%) – в 2009 году, 15 (16,6 %) – в 2010-м, 21 ребенок (23,5 %) – в 2011-м, 23 (25,5 %) – в 2012-м, 14 (15,5%) – в 2013-м.

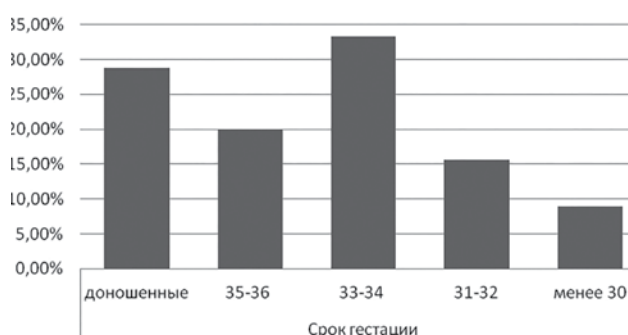


— наука и практика —

Из общего количества детей в период с 2009 по 2013 годы с диагнозом «ранний неонатальный сепсис» наблюдался 41 ребенок (45,5%), с диагнозом «бактериальный сепсис новорожденного» – 49 детей (54,5%).

По гестационному возрасту за пять лет 26 детей (28,8%) – в категории доношенных, 18 (20%) – дети, срок гестации которых 35-36 недель, 24 ребенка (33,3%) со сроком гестации 33-34 недели, 14 (15,6%) – со сроком гестации 31-32 недели, 8 (8,9%) – со сроком гестации менее 30 недель.

Диаграмма 2
период с 2009 по 2013 годы



Диагноз «сепсис» выставлялся на основании антенатального анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования, таких как: показатели температуры тела, цвет кожных покровов, присутствие мраморности; показатели частоты дыхания; наличие пареза кишечника; показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, учитывая инотропную поддержку; уровень сознания, наличие патологических рефлексов и знаков; водный баланс организма (наличие отеков, темп диуреза, уровень мочевины и креатинина); в анализах крови: уровень лейкоцитов, С-реактивный белок, прокальцитонинный тест, наличие незрелых форм кровяных телец – более 20%, глюкоза крови, количество билирубина, показатели гемостаза, уровень лактата.

Все эти показатели отражают выраженность эндотоксикоза, тяжесть которого определяет тяжесть течения септического процесса и требует незамедлительной медикаментозной и респираторной коррекции.

Результаты: Респираторный дистресс-синдром можно разделить на два типа: прямой и непрямой [7, 17]. Однако патоморфологические признаки респираторного повреждения при обоих типах сходны. Появление понятия «респираторный дистресс-синдром взрослого типа» связано с достижениями реаниматологии и интенсивной терапии. В настоящее время респираторный дистресс-синдром второго типа является постоянным спутником любого критического состояния либо хирургического и/или соматического заболевания. Так, например, при острой хирургической и соматической патологии ОРДС развивается

у $11,7 \pm 4,7\%$ пациентов, при сепсисе – у $28,8 \pm 4,7\%$, при пневмонии – у $14,4 \pm 3,9\%$, при шоках различной этиологии – в $18,7 \pm 3,4\%$ случаев [2].

Летальность при ОРДС колеблется в широких пределах – от 10 до 90% [2,3] и зависит от многих факторов. Ее средние показатели в настоящее время – 40-46% [18]. Морфологическую основу РДС составляет диффузное альвеолярное повреждение (diffuse alveolar damage – DAD), описанное Katzenstein et al. в 1976 году [11]. DAD характеризуется комплексом неспецифических признаков: интерстициальным и альвеолярным отеком, ателектазами различной величины и давности, повреждением и пролиферацией альвеолоцитов, субплевральными и внутриальвеолярными кровоизлияниями, «гигалиновыми мембранами», трахеобронхитом и бронхиолитом, внутриальвеолярным и интерстициальным фиброзом, расстройством микроциркуляции с неравномерным кровенаполнением, шунтированием кровотока, сладж-синдромом и тромбами в сосудах микроциркуляторного русла (далее – МЦР) [3,5,6,7,16,]. В последние годы к этим классическим критериям добавились новые: мегакарицитоз [6] и нейтрофилез [3,6] сосудов МЦР легких. Для легочного (первичного) РДСН характерно прямое поражение легких патологическим процессом, при этом ведущим патогенетическим фактором является повреждение альвеолоцитов [3,12,13]. Внелегочный (вторичный) РДС, напротив, начинается с поражения эндотелия сосудов легких. Основным пусковым механизмом признаны синдром системного воспалительного ответа (ССВО) и синдром ДВС [3,9,10,14]. Поскольку ключевым фактором патогенеза ССВО является активация лейкоцитов и макрофагов с выработкой ими различных цитокинов, то развитие вторичного ОРДС во многом обусловлено реакцией этих клеток. Нейтрофилы вырабатывают цитокины и стимулируют активность комплемента, усиливают действие хемотаксических агентов в легочных капиллярах, способствуя повреждению эндотелия и привлечению эффекторных клеток воспаления. Перечисленные патофизиологические механизмы ведут к повреждению альвеолокапиллярной мембраны, что сопровождается увеличением проницаемости сосудов, сладж-синдромом с трансформацией в тромбы, морфологическими признаками шунтирования кровотока и лейкостазами в сосудах МЦР [7,6,].

После анализа протоколов вскрытия, опираясь на макроскопическую и аутоскопическую оценку легких, клиническое течение основного заболевания была сформирована таблица, в которую вошли основные признаки ОРДС. При анализе приведенной таблицы путем простых математических подсчетов видно, что более чем в половине случаев (61,6%) патоморфологические признаки говорят об ОРДС на фоне основной патологии детей. То есть у 32 из 49 детей, взятых в исследование, имелось вторичное заболевание респираторным дистресс-синдромом (таб. 1).

науча и практика

Признаки вторичного дистресс-синдрома на фоне основного заболевания у детей

Таблица 1

Признаки	n=49	
	n=	%
<i>Аутоскопические признаки:</i>		
Пневмония	35	71.42
Гиалиновые мембраны	25	51.00
Ателектазы/дистелектазы	39	79.6
Нейтрофилез	35	71.4
Альвеолярный отек	41	83.67
<i>Макроскопические признаки:</i>		
Легкие плотные на ощупь	22	44.9
При разрезе пеннистая кровь/жидкость	16	32.65
Кусочки тонут в воде	44	89.8
Вес легких 25-50%	27	55.1
Вес легких >50%	18	36.7

За исследуемый период в группе детей с диагнозом «сепсис» антенатально отмечались заболевания:

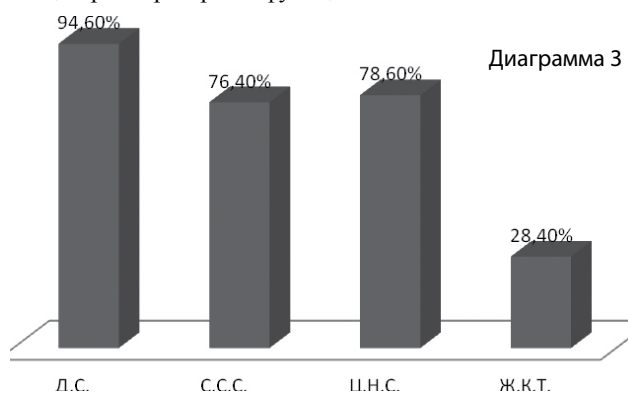
- урогенитальной системы (хламидиоз, кандидоз, уреаплазмоз, LUES, пиелонефрит, уретрит, кольпит, эрозия шейки матки и т.д.) в 45,8%;
- ОРВИ первой и второй половины беременности в 16,5%;
- вирусные заболевания (ВПГ, ЦМВ, и т.д.) в 14%;
- другие заболевания (ПОНРП, угроза прерывания, анемия, ИЦН, наркомания, алкоголизм) в 23,7%.

С учетом этих показателей тяжелый эндотоксикоз, переходящий в полиорганную недостаточность, в группе умерших детей наблюдался в 92%, в группе выздоровевших детей – в 70% случаев. Еще одним из не менее важных моментов является развитие респираторного дистресс-синдрома, тяжесть которого у детей всех категорий определялась наличием «мощного» эндотоксикоза на фоне воспалительных заболеваний органов и систем, таких как пневмония, плеврит, вентикулит, менингит, менинго-энцефалит, энтероколит, токсический гепатит, реактивный панкреатит, миокардит, перикардит, эндомиокардит и т.д.

По данным исследования за пять лет, бактериальный сепсис опосредован наличием и сочетанием таких заболеваний, как:

1. Бактериальные заболевания дыхательной системы с развитием респираторного дистресс-синдрома (пневмония, плеврит) – 94,6%.
2. Поражение Ц.Н.С. (вентикулит, менингит, менинго-энцефалит) – 76,4%.
3. Поражение Ж.К.Т. (энтероколит, токсический гепатит, реактивный панкреатит) – 78,6%.
4. Поражение С.С.С. (миокардит, перикардит, эндомиокардит) – 28,4%.

Как видно из диаграммы 3, в большинстве случаев тяжесть состояния зависит от тяжести декомпенсации респираторных функций легочной системы.



У умерших детей с диагнозом «сепсис» отслеживаются общие признаки в патоморфологической картине строения легких (ранний неонатальный, бактериальный сепсис), (табл. 2).

Общие признаки в патоморфологической картине строения легких при сепсисе

Таблица 2

Макроскопически	Микроскопически
1. Увеличена масса легких в 1,5-2 раза по сравнению с нормой	1. Межальвеолярный отек
2. Легкие сжаты, заполняют плевральную полость на 1/2-2/3	2. Ателектазы, дистелектазы
3. В плевральной полости серозный выпот в количестве 5-15 мл	3. Десквамация альвеолярного эпителия
4. Легкие полнокровны	
5. Отмечаются множественные кровоизлияния в паренхиму легких	
6. Фрагменты легочной ткани тонут в воде, на ощупь плотные	5. В просвете мелких бронхов эритроцитарные сладжи
7. Проба на пневмоторакс в большинстве случаев отрицательная	
В случае развития пневмонии добавляются следующие признаки	
1. Гнойный экссудат в просвете крупных бронхов	1. Лимфо-лейкоцитарная инфильтрация легочной ткани
2. Абсцессы с гнойным содержимым	

В категории детей с диагнозом «сепсис», респираторный дистресс-синдром новорожденных, возникший как самостоятельное заболевание, первично

— наука и практика —

отмечался в 34,8% случаев. В данную категорию вошли недоношенные дети с низкой (42%) и экстремально низкой (58%) массой тела. У остальных детей респираторный дистресс-синдром развивался на фоне септического процесса с развитием пневмонии (в 65,2% случаев).

Заключение: 61% новорожденных, имеющих патологию легких на фоне основного заболевания, имеют такие же патоморфологические изменения, которые мы видим у недоношенных детей при первичном РДСН. Развитию ОРДС на фоне сепсиса чаще подвержены недоношенные дети, дети с ОНМТ и ЭНМТ, в акушерском анамнезе матерей которых наблюдалась различная патология до и во время беременности (инфекция урогенитальной системы специфическая и неспецифическая, респираторная вирусная инфекция), а также беременность, протекающая с угрозой прерывания. Явления эндотоксикоза, вызванные септическим процессом, отягощают течение и терапию ОРДС, пневмонии, патологии центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вызывая «массивный» метаболический ацидоз, который, в свою очередь, вызывает большую гипоксемию, усугубляя течение основного заболевания: приводя к появлению кровоизлияний в ткани головного мозга, в слизистую желудочно-кишечного тракта, в паренхиму легких, в плевру, в эндокард.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белянин В.Л., Рыбакова М.Г. Сепсис. Патологическая анатомия: пособие для врачей. СПб: ГУЗ «ГПАБ»; 2004.
2. Колесниченко А.П., Грицан А.И. Синдром острого повреждения легких и острый респираторный дистресс-синдром (частота развития, этиопатогенез, диагностика и интенсивная терапия): методические рекомендации. Красноярск; 2002.
3. Мишнев О.Д., Щеголев А.И. Патологическая анатомия ОРДС. В: Гельфанд Б.Р., Кассиль В.Л. (ред.) Острый респираторный дистресс-синдром: практическое руководство. М: Литература; 2007; 48-67.
4. Морфологические изменения в легких при ОРДС. В: Кассиль В. Л., Золотокрылина Е. С. Острый респираторный дистресс-синдром. М: Медицина; 2003. 50-55
5. Общая патология терминальных состояний. В: Пермяков Н.К. Основы реанимационной патологии. М: Медицина; 1979; 10-72.
6. Спиринов А.В. Патоморфология респираторного дистресс-синдрома; Челябинск, 2008.
7. «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии» Михельсон В.А., Сидоров В.А., Степаненко С.М.; 2007 год.
8. «Анестезия и интенсивная терапия у детей» Курек В.В., Кулагин А.Е., Фурманчук Д.А. 2006 год
9. «Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций (справочник)» Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. 2007 год.
10. «Клиническая патофизиология детского возраста» Климанов В.В., Садыков Ф.Г. 1997 год.
11. «Неонатология. Национальное руководство» Володин Н.Н и мн. др. 2007 год.
12. «Инфекции в акушерстве и гинекологии Макаров» О.В., Алешкин В.А., Савченко Т.Н. 2007 год.
13. Самсыгина Г.А., Шабалов Н.П., Дегтярева М.В. Сепсис. Неонатология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Володиной. М.: изд-во Геотар-Медиа, 2007.
14. Гельфанд Б.Р., Руднов В.А., Проценко Д.Н. и др. Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия. Сепсис в начале XXI века. Клинические рекомендации РАСХИ. Под ред. В.С. Савельева и Б.Р. Гельфанда. М.: изд-во Литера, 2006г.
15. Baird A. Acute pulmonary oedema / Andrew Baird // Australian Family Physician. – 2010. – Vol. 39, 1 12. – P. 910-914.
16. Castro C. Y. ARDS and diffuse alveolar damage: a pathologist's perspective. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2006; 18 (1):13-9.
17. Gando S., Kameue T., Matsuda N., Sawamura A., Hayakawa M., Kato H. Systemic inflammation and disseminated intravascular coagulation in early stage of ALI and ARDS: role of neutrophil and endothelial activation. Inflammation 2004; 28 (4):237-44.
18. Hofstra J. J., Juffermans N. P., Schultz M. J., Zweers M. M. Pulmonary coagulopathy as a new target in lung injury — a review of available pre-clinical models. CurrMed Chem 2008; 15 (6):588-95.
19. Katzenstein A. L., Bloor C. M., Leibow A. A. Diffuse alveolar damage — the role of oxygen, shock, and related factors. A review. Am J Pathol 1976; 85 (1):209- 28.
20. Matute-Bello G., Martin T.R. Science review: Apoptosis in acute lung injury. Critical Care 2003; 7:355-8.
21. Martin T. R., Hagimoto N., Nakamura M., Matute-Bello G. Apoptosis and epithelial injury in the lungs. Proc Amer
22. Mendez J. L., Hubmayr R. D. New insights into the pathology of acute respiratory failure. Curr Opin Crit Care 2005; 11 (1):29-36. Pitoyo C. W. Acute respiratory distress syndrome. Acta Med Indones 2008; 40 (1):48-52.
23. Schuster D.P. What is acute lung injury — What is ARDS — Chest 1995; 107:1721-6.
24. Time course of lung parenchyma remodeling in pulmonary and extrapulmonary acute lung injury / F.B.Santos, L.K.Nagato, N.M.Boechem [et al.] // J. Appl. Physiol. — 2006. — 1 100 (1). — P. 98-106.
25. Zamboni M., Vincent J.L. Mortality rates for patients with acute lung injury/ARDS have decreased over time. Chest 2008; 133 (5):1120-7.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ПРОДЛЕННОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ



Миколаускас С.В.

АВТОРЫ

**С.В. Миколаускас, А.С. Коротаев,
О.А. Мамеева**

КГБУЗ «Норильская межрайонная
больница №1», г. Норильск

Введение: В основе полиорганной дисфункции лежит тяжелая генерализованная воспалительная реакция – неконтролируемый выброс эндогенных медиаторов воспаления («цитокиновая буря»), недостаточность механизмов, ограничивающих их повреждающее действие, значительное снижение процессов элиминации эндогенно-токсических субстанций [Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. 2006 г.]. К таким ситуациям относятся абдоминальные катастрофы, одной из которых является деструктивная форма панкреатита. В сложившейся ситуации хирургическая санация очага, инфузионная программа не достаточны для купирования выраженного синдрома острого воспалительного ответа. И одним из подходов к комплексному решению этой задачи является применение экстракорпоральной гемокоррекции [Костюченко А.Л., 200 г.].

Цель: Оценить эффективность продленной вено-венозной гемодиализации (далее – ГДФ) у больных с панкреонекрозом на базе отделения анестезиологии и реанимации Норильской межрайонной больницы №1.

Материалы и методы исследования: С 2009 года в отделении активно используется аппарат для экстракорпоральной детоксикации (ЭКД) фирмы «FRESENIUS» MULTIFILTRATE. Врачами отделения с 2013 года внедрен в повседневную практику стандарт оказания медицинской помощи больным с деструктивными формами острого панкреатита и другой хирургической патологией, осложненной синдромом полиорганной недостаточности на фоне сепсиса. Метод, кроме стандартной лекарственной терапии, включает в себя катетеризацию центральных вен (одна для проведения инфузионно-трансфузионной терапии, введения лекарственных препаратов и др., другая, чаще бедренная, только для проведения экстракорпоральной детоксикации), катетеризацию перидурального пространства, проведение транскутанной дилатационной трахеостомии на 2-3 сутки от начала ИВЛ. И как один из главных компонентов метода, еще до наступления азотемии, раннее многократное проведение сеансов ЭКД. В среднем больным проводится 4-5 процедур.

Тяжесть состояния больных, уровень эндотоксемии до и после сеансов ГДФ оценивали по шкалам APACHE II, SOFA, биохимическим показателям крови, нарушениям водно-электролитного баланса, биомаркерам сепсиса, интегральным индексам интоксикации.

Возраст: мужчины 43,5±2,5 лет; женщины 35±2,7 лет.

Этиология панкреатита: алиментарный – 7 человек; алкогольный – 17.

По характеру поражения: жировой – 5 человек; геморрагический – 6; смешанный – 13.

Осложнения: серозный перитонит – 16 человек; гнойный перитонит – 5; брюшинная флегмона – 3.

науча и практика

Органная дисфункция: 1 органная система – 0; 2 органичных системы – 12 человек; 3 органичных системы – 7; более 3-х органичных систем – 5.

Результаты: Всего за 2014-2015 гг. в отделение поступили 24 больных с деструктивной формой панкреатита. Среди больных этой категории было 19 мужчин (79,1%) и 5 женщин (20,9%). Умерли 5 человек, что составило 20,83 % от числа поступивших.

Всем были проведены сеансы продленной низкочастотной вено-венозной гемодиализации. Сеансы гемодиализации проводились на аппарате «FRESENIUS» MULTIFILTRATE с применением стандартных пакетированных стерильных растворов на основе бикарбонатного буфера. Замещение в объеме 2000-3000 мл/час проводилось методом постдилюции через гемодиализаторы AV600S с высокобиосовместимой мембраной. Диффузия осуществлялась путем перфузии диализирующего раствора в объеме 2000-3000 мл/час.

Антикоагуляция проводилась гепарином при постоянной инфузии со скоростью 8-10 ЕД/кг/час, с учетом показателей коагулограммы. Скорость ультрафильтрации составляла от 50 до 100 мл/ч. Скорость потока крови через гемодиализатор для гемодинамически стабильных больных устанавливали 150-200 мл/мин, у пациентов, которые нуждались в инфузии симпатомиметиков – 80-100 мл/мин, с постепенным наращиванием скорости. Средняя продолжительность процедуры – 24-48 часов.

Сеансы начинали в течение ближайших 2-5 часов после оперативного вмешательства. Объем хирургической коррекции соответствовал характеру панкреонекроза – для стерильных проводилась эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости, для инфицированных – срединная лапаротомия со вскрытием гнойных очагов, санацией и дренированием брюшной полости. Проводилась стандартная антибактериальная, антисекреторная, дезинтоксикационная терапия, коррекция реологии крови, парентеральное питание, продленная эпидуральная анальгезия.

Клиническая характеристика пациентов до и после сеанса ЗПТ

Таблица 1

Оценочные шкалы	Исходное состояние	После процедуры ЗПТ
APACHE II, баллы	18,3±0,1	14,1±0,1
SOFA, баллы	9,4±0,1	8±0,1

Динамика показателей эндотоксикоза до и после сеанса ЗПТ

Таблица 2

Показатели	Исходные параметры	После процедуры ЗПТ
ЛИИ, усл. ед.	9,2±3,1	4,7±1,5

ИРО, усл. ед.	48,1±13,9	61,4±10,5
РОН, усл. ед.	199,3±50,3	54±11,3
Прокальцитонин, нг/мл	3,06±0,7	1,16±0,5
Натрий плазмы, ммоль/л	155,25±4,9	142±3,4
Мочевина, ммоль/л	21,4±6,4	7,9±1,2
Креатинин, мкмоль/л	224±34,9	87,5±10,5
Осмолярность плазмы, мосмоль/л	314,3±15,8	293,1±3,6
ССВО, кол-во признаков	4±0,1	2,5±0,1

ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации; ИРО – индекс резистентности организма; РОН – реактивный ответ нейтрофилов; ССВО – симптомы системной воспалительной реакции.

Из таблицы видно, что снизились следующие показатели: лейкоцитарный индекс интоксикации на 48,9%, реактивный ответ нейтрофилов на 93,2%, прокальцитониновый тест на 60%, натрий плазмы на 8,4%, креатинин на 61,2%, осмолярность плазмы на 6,7%. Признаки ССВО уменьшились в два раза. При этом индекс резистентности организма возрос на 27,1%.

Заключение: Таким образом, на фоне проводимой процедуры экстракорпоральной гемокоррекции отмечалась регрессивная динамика степени тяжести состояния пациента, полиорганной недостаточности. Характер изменений уровня эндотоксемии и метаболических расстройств указывает как на снижение степени интоксикации, так и на «деблокирование» естественных систем детоксикации организма.

Исходя из вышеизложенного считаем, что раннее включение в комплексную терапию тяжелых форм панкреонекроза методов экстракорпоральной детоксикации обеспечивает снижение уровня системной воспалительной реакции, полиорганной дисфункции и, как следствие этого, уменьшение смертности септических больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Эфферентная терапия – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2003 г. – 432 с.
2. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда - М.: Литтерра, 2006 г. – 176 с. – (Серия «Практические руководства»).
3. Белломо Р., Ронко К. Очищение крови при сепсисе: целесообразная гипотеза или напрасная трата времени? Анестезиология и реаниматология – 2002 г. – № 2 – С. 76-79.

РАБОТА ВО ИМЯ ПРОГРЕССА



Александр Дарвинович Алиев

Генеральный директор ООО «Дельрус-Енисей»



Александр Дарвинович, расскажите о Вашей компании?

ООО «Дельрус-Енисей» является региональным представителем крупной международной научно-производственной компании «ДЕЛЬРУС», имеющей партнерские отношения с фирмами-производителями медицинских товаров из 30 стран мира.

Главное направление нашей деятельности – комплексное переоснащение медицинских учреждений, разработка и реализация программ развития специализированных видов медицинской помощи населению, монтаж и техническое обслуживание медицинского оборудования, обеспечение медицинских учреждений расходными материалами, внедрение информационных систем, производство товаров медицинского назначения, разработка программного обеспечения, оказание высокотехнологичных медицинских услуг населению.

Широкий ассортимент товаров медицинского назначения позволяет нам полностью укомплектовать лечебное учреждение практически любого профиля в кратчайшие сроки. Товарная линейка компании включает в себя свыше 20 000 наименований. У нас более 200 поставщиков из разных стран мира.

Компания развивает собственное производство: в Краснодаре – инфузионных растворов, в Екатеринбурге – технологического оборудования для службы крови, в Дубне – пластиковых одноразовых изделий, в Казани – универсального дезинфицирующего средства «Флоридез».

«ДЕЛЬРУС» участвует в различных социальных программах. В первую очередь это помощь лечебным учреждениям медикаментами и расходными материалами, поставка грузов гуманитарной помощи в регионы, помощь пострадавшим в результате стихийных бедствий и террористических актов.

Мы работаем во имя прогресса, поэтому не вправе позволить коммерческой выгоде и соображениям политического, национального или социального характера влиять на исполнение наших профессиональных обязанностей.

Как осуществляется техническое обслуживание медицинского оборудования?

Сервисные центры компании работают во многих крупных городах России (в том числе в Красноярске), а также в Казахстане и Киргизии. Входной контроль, пусконаладочные работы, гарантийное и постгарантийное обслуживание проводят инженеры сервисной сети «ДЕЛЬРУС» – сертифицированные высококласные специалисты, прошедшие обучение в фирмах-производителях медицинского оборудования России и за рубежом.

Система менеджмента качества Технического центра ЗАО «ДЕЛЬРУС» сертифицирована органом по сертификации интегрированных систем качества ООО «РОСТЕКСЕРТ» – официальным представителем Quality Austria в УрФО, на соответствие требованиям международного стандарта ИСО 9001:2000 (ГОСТ Р ИСО 9001-2001) применительно к деятельности Технического центра ЗАО «ДЕЛЬРУС» по сервисному обслуживанию медицинской техники: предпродажная подготовка, монтаж, установка, пусконаладка, обслуживание и ремонт. Список постоянных клиентов нашего Технического центра пополняется каждый год. Внедрены новые услуги (проверка алкомониторов, ремонт диагностических датчиков, рентгенотехники), расширен спектр лабораторно-диагностического оборудования.

Вы упомянули о собственном производстве. Расскажите подробнее?

Компания развивает собственное производство: медицинское оборудование, расходные материалы и инфузионные растворы.

Что касается медицинского оборудования, то это продукция для службы крови: размораживатель плазмы ЭРП-4-01, миксер донорский автоматический МДК-01 (весы-помешиватель), запаиватель магистралей ЭЗМ-01, запаиватель ЭЗМ-01 мобильный, выжиматель многофункциональный ВМ-01, экстрактор роликовый ЭР-01, устройство пережимное сенсорное УПС-01.

В 2001 году в городе Дубне Московской области введе-

— медицина и бизнес —

на в эксплуатацию первая очередь завода одноразовых медицинских изделий, ныне компания «Виробан». Продукция, выпускаемая этим предприятием, применяется в различных областях медицины и отвечает всем современным требованиям качества и безопасности. Отличительная особенность компании – использование новейших технологий по производству изделий из пластмасс. Продукция выпускается на современном оборудовании в чистых помещениях класса С и D, соответствующих всем российским и международным требованиям, для того чтобы обеспечить максимальную чистоту в помещениях, где производятся и собираются медицинские изделия. Все технологические процессы организованы в строгом соответствии с требованиями стандарта GMP для гарантии качества и безопасности. На заводе успешно внедряется Система менеджмента качества. Главная цель – выпуск конкурентоспособной продукции для удовлетворения требований и ожиданий потребителя. В настоящее время предприятие успешно поставляет во все регионы России и страны СНГ более 30 наименований изделий, постоянно увеличивая ассортимент. Продукция зарегистрирована и имеет необходимые разрешительные документы.

Медицинская продукция «Виробан» – это системы для инфузий, кровопроводящие магистрали для гемодиализа и аппарата искусственного кровообращения, перчатки стерильные, удлинители для шприцевых насосов, пластиковые контейнеры, лейкоцитарные фильтры, катетеры Нелатона, зонды желудочные, трубки эндотрахеальные.

В 2010 году запущен Краснодарский завод инфузионных растворов «СТЕРИТЕК» проектной мощностью 12 млн пакетов в год. Производство организовано в строгом соответствии со стандартами GMP. На заводе установлен комплекс для изготовления пакетов из полиолефиновых материалов PLÜMAT, объединивший производственные процессы изготовления-наполнения-укупорки инфузионных пакетов в одной производственной линии. В ходе автоматического процесса без дополнительных промежуточных шагов изготавливаются наполненные и запечатанные пакеты. Благодаря этому методу обеспечивается простота контроля производственного процесса и значительно снижается опасность загрязнений. Весь производственный цикл осуществляется в чистых помещениях классов чистоты D, C с зонами класса А.

Какова роль науки в деятельности фирмы?

Ежегодно наша компания участвует в международных, всероссийских и региональных выставках, симпозиумах, конференциях и конгрессах. Научные статьи и обзоры сотрудников публикуются в научно-практических специализированных медицинских изданиях России и за рубежом. Научно-практическая деятельность компании направлена на реализацию основной концепции: внедрение новейших медицинских технологий. Специалисты «ДЕЛЬРУС» разработали и внедрили в службу крови технологии, новизна которых подтверждена патентами РФ на изобретения: «Получение концентрата тромбоцитов из плазмы, обо-

гащенной тромбоцитами, по технологии «ДЕЛЬРУС» и «Способ производства плазмы и эритроцитной массы».

Выполнена научно-исследовательская работа «Разработка технологических документов на процессы получения компонентов крови и криопреципитата». На основании проведенных исследований разработана и внедрена Программа переоснащения Российской службы крови.

Все это делают Ваши сотрудники. Какова кадровая политика компании?

Кадровая политика – один из важнейших аспектов нашей работы, она прописана в миссии компании. Мы ответственны за судьбы служащих своего предприятия и членов их семей. Мы должны по достоинству ценить вклад наших специалистов, обеспечивать социальные гарантии, создавать нормальные условия труда и отдыха, поддерживать высокий профессиональный уровень и работоспособность коллектива.

Александр Дарвинович, Вы врач-хирург. Не жалееете, что пришлось оставить профессию?

Трудно сказать однозначно. Именно профессия позволила мне возглавить и развивать успешное предприятие, которое помогает совершенствовать оказание качественной медицинской помощи.

С одной стороны, есть успехи, с другой – часто вспоминаю о работе хирургом, нередко вижу во сне, как осматриваю больных в приемном отделении или как делаю операции, не стандартные, казуистические случаи, с которыми пришлось столкнуться. Тем не менее я продолжаю помогать своим сотрудникам и их родственникам, знакомым по медицинским вопросам. Вспоминаю коллег, с которыми начинал осваивать хирургическое ремесло, интересуюсь их успехами, со многими дружу до сих пор. Чисто интуитивно держу среди документов, которые нужны повседневно, пропуск в больницу – еще «с тех времен», где написано, что Алиев А.Д. работает в БСМП врачом-хирургом в 1-м хирургическом отделении, перекладываю его из портфеля в портфель.

И вот какая-то мистика, что ли... Буквально на днях у меня из машины украли портфель с документами, затем оставили его в людном месте. У человека, который его обнаружил, родственник работает в БСМП, он позвонил в первую хирургию со словами: «Передайте доктору Алиеву, что его документы нашлись!» И мне передали! Приятно, что, несмотря на то что я давно не работаю в больнице, коллеги помнят меня, значит, все было не зря. Спасибо всем!

Пользуясь случаем, хочу поздравить своих коллег с наступающим Новым годом! Желаю всем крепкого здоровья, успехов, душевного комфорта, получать удовлетворение от того, чем они занимаются, и продолжать успешно спасать и лечить людей!

— медицина и бизнес —

MEDSINTES GROUP 2015. ИТОГИ ГОДА

Как и принято в конце года, компания Medsintes решила подвести итоги, а также поделиться своими планами на ближайшее будущее.



Уходящий год был сложным для российской экономики. В здравоохранении, в свою очередь, это выразилось в виде проблем финансирования сферы и одновременно сильного роста цен на медицинские товары. Несмотря на это, компания Medsintes сумела сохранить динамику роста во многом за счет ряда стратегических решений и своевременного реагирования на изменения рынка.

К ряду стратегических действий стоит отнести прямую дистрибуцию с крупными иностранными поставщиками. В 2015 году, подписав контракт, Medsintes стал авторизованным бизнес-партнером Siemens. На данный момент компания является одним из девяти авторизованных партнеров в России и единственным за Уралом. Это событие позволило расширить спектр предлагаемых услуг и решений. Такое партнерство позволяет более качественно осуществлять внедрение продукции Siemens в сферах лабораторной диагностики и медицинской визуализации, а кроме того, осуществлять более качественный ввод в эксплуатацию и сервисное обслуживание оборудования.

Стоит отметить, что на официальном съезде бизнес-партнеров компания Siemens отметила Medsintes за успехи на рынке лабораторной диагностики.

С этого года компания Medsintes стала авторизованным дистрибьютором британского производителя медицинского оборудования Smith&Nephew, что позволило избежать критического повышения стоимости их товаров. Прямые контракты помогают удерживать цены на уровне прошлого года несмотря на их рост, связанный с изменением валютного курса.

Компания Medsintes сумела сохранить динамику роста во многом за счет ряда стратегических решений и своевременного реагирования на изменения рынка.

— медицина и бизнес —

Кроме мировых лидеров большое внимание в работе уделяется расширению предложений за счет прямых контрактов с отечественными производителями, поиску более доступных по цене предложений с максимальным сохранением качества.

В рамках динамично развивающихся политических и экономических взаимоотношений России и Китая логично, что взгляды стали обращаться на китайские рынки, где, к удивлению многих практикующих специалистов, на сегодняшний день можно найти продукцию высочайшего качества и доступную по цене. После скрупулезного и основательного исследования рынка китайских производителей компания выбрала для себя самого крупного производителя ортопедической продукции – TRAUSON. На данный момент это производитель номер 1 в самой населенной стране мира – Китае. За этот год компания Medsintes укрепила свое присутствие в регионах Восточной Сибири и Дальнего Востока – были открыты представительства в Чите, Якутске, Благовещенске и Владивостоке.

В поисках новых оптимальных решений, в стремлении внедрять все новые технологии важно уделять внимание квалификации своих сотрудников, а также способствовать повышению общего уровня знаний в медицинской среде.

Прямые контракты помогают удерживать цены на уровне прошлого года несмотря на их рост, связанный с изменением валютного курса.

Весной этого года нашей компанией была организована межрегиональная конференция травматологов в Абакане (Республика Хакасия), в которой приняли участие травматологи из Красноярска, а также республик Хакасия и Тыва.

В рамках направления лабораторной диагностики компания Medsintes начала активное сотрудничество с Ассоциацией специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины». Это сотрудничество выражается в участии компании в таких значимых для лабораторной медицины мероприятиях, как «Школа главного специалиста». В 2015 году приняла активное участие в трех образовательных программах (Иркутск, Кызыл, Красноярск).

В 2016 году приоритетами компании Medsintes остаются, во-первых, поддержка создания профессионального сообщества, а также подготовки и повышения квалификации специалистов в рамках развития сферы лабораторной диагностики.

Во-вторых, благодаря своему активному росту планируется более частая и качественная организация межрегиональных образовательных мероприятий, которые позволят специалистам из разных регионов получать новую информацию, а также делиться опытом друг с другом.

В-третьих, повышенное внимание будет уделено развитию более качественного клиентского сервиса. И главное – быстрому реагированию на изменения в политике, экономике и технологиях, которые так или иначе оказывают влияние на сферу здравоохранения.

Все эти направления, безусловно, отвечают основной цели компании Medsintes: улучшение качества медицинской помощи в Красноярском крае и развитие здравоохранения в целом за счет внедрения самых современных решений в сфере высокотехнологичной медицины и формирования среды для их эффективного функционирования.

MEDSINTES
group

г. Красноярск,
ул. Весны, 3, оф. 230
тел.: +7(391)226-64-14
MEDSINTES.RU

ОБЪЕДИНЯЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Почти восемь лет Сибирский медицинский портал – крупнейшее за Уралом интернет-издание о здоровье и медицине – объединяет пациентов и врачей. С главным врачом портала, эндокринологом и кандидатом медицинских наук Татьяной Коноваловой – наш разговор.



Татьяна Коновалова
Главный врач «Сибирского
медицинского портала»,
эндокринолог, кандидат
медицинских наук

Татьяна Тимофеевна, расскажите, как все начиналось?

Как эндокринолог я не раз сталкивалась с тем, что больные диабетом нуждаются в более частом общении с врачом, когда у них повышается или, наоборот, снижается уровень сахара. Или когда возникает другая ситуация, где нужно быстро получить совет доктора. Чтобы у пациентов была возможность оперативно задать вопрос врачу (не только эндокринологу), мы создали интернет-площадку, где любой человек может бесплатно обратиться к доктору в режиме онлайн. Так появился Сибирский медицинский портал.

Сколько врачей сегодня консультируют на портале и что это за специалисты?

Сейчас на Сибмедпортале консультируют 274 доктора из государственных и частных медучреждений Красноярск и других городов. Это гинекологи, кардиологи, урологи, эндокринологи, проктологи, психотерапевты, лоры, офтальмологи, педиатры и другие врачи. Есть на портале представители «редких» специализаций, к которым бывает непросто попасть на прием. Например, нейрогенетик, сомнолог, сурдолог, радиолог, суицидолог и другие. Список консультантов постоянно расширяется, и мы особенно рады, когда к нам присоединяются узкопрофильные врачи.

Онлайн-консультации врачей становятся все популярнее. В то же время сами медики часто критикуют виртуальное общение с пациентами, мол, нельзя давать им советы на расстоянии. Что скажете, Татьяна Тимофеевна?

Онлайн-общение с врачом – не альтернатива очному приему, а скорее дополнение к нему. Ведь поставить диагноз и назначить лечение без анализов нельзя. Но пациент может хотя бы сэкономить время – заранее узнать, какие анализы нужно сдать, к какому специалисту обратиться. А бывает, что заочное общение с врачом (особенно когда дело касается «деликатных» проблем) помогает пациенту решиться на очную консультацию, например, проктолога, уролога или психолога. Визит к этим специалистам люди откладывают до последнего. И здесь интернет-общение с доктором может стать «мостиком» к очному приему: когда задал вопрос, поговорил с врачом – уже не так страшно идти в клинику.

Что еще кроме онлайн-консультаций есть на Сибирском медицинском портале?

На портале собрано много полезной разносторонней информации: авторские статьи врачей о заболеваниях и их профилактике, исчерпывающий справочник медучреждений Красноярск и отзывы пациентов о них, новости медицины и актуальные материалы для жителей нашего края, интервью с красноярскими врачами и федеральными экспертами, школы здоровья, отзывы о врачах и многое другое.

Татьяна Тимофеевна, а что интересного для себя найдут на Сибмедпортале врачи?

Для докторов на портале есть большой раздел «Специалистам». Там мы регулярно обновляем информацию о ближайших медицинских выставках и конференци-

— медицина и общество —



ях в Красноярске и других городах. Размещаем расписание циклов повышения квалификации в ведущих научных центрах страны (Санкт-Петербургской и Российской медицинских академиях последипломного образования, РНИМУ им. Пирогова и др.) и медицинских вузах Сибири: СибГМУ, КрасГМУ, НГМУ.

Думаю, профессионалам будет интересна и коллекция научных статей, монографий, случаев из практики, описанных их красноярскими коллегами. Чего только стоит большой сборник научных трудов профессора Игоря Павловича Назарова! Кстати, специалисты присылают на портал не только научные работы. В нашей рубрике «Творчество врачей» можно увидеть стихи и мемуары красноярских докторов, легендарных людей в здравоохранении края. Например, книгу Бориса Павловича Маштакова «Мой путь» или мемуары Клавдии Семеновны Крутянской, статьи Жана Жозефовича Рапопорта. А совсем недавно мы начали публиковать уникальную книгу воспоминаний Т.П. Сизых о Надежде Алексеевне Бранчевской – удивительном враче и долгожительнице.

Чтобы люди узнали об удивительных врачах Красноярского края, четыре года назад Сибмедпортал учредил целый проект: «Призвание – врач». Расскажите об этом подробнее.

В 2012 году мы решили создать проект, который помог бы поднять престиж медицинской профессии и напомнил пациентам, что в нашем крае трудятся немало высококвалифицированных, человеческих и отзывчивых врачей. Рассказывать о таких докторах на странице проекта «Призвание – врач» мы предложили самим пациентам. Поначалу сомневались: вдруг люди не будут благодарить врачей, ведь медицину так часто критикуют... Но искренние слова признательности пациентов доказали обратное. Некоторые отзывы были настолько пронзительными, что слезы наворачивались, когда их читала, ведь благодарили за спасенную жизнь.

Из всех присланных отзывов мы вместе с известными красноярскими врачами выбираем лауреатов в десяти номинациях («Народный доктор», «За подаренную жизнь», «За самоотверженный труд», «За верность профессии» и др.) и награждаем их на церемонии вручения премии «Призвание – врач». К слову, среди номинантов первой премии была замечательный доктор БСМП, пульмонолог Людмила Константиновна Орлова. Она стала лауреатом в номинации «За самоотверженный труд».

Премия
«Призвание – Врач, 2015».

Анатолий Павлович
Колесниченко (справа),
профессор кафедры
анестезиологии и
реаниматологии
Красноярского
государственного
медицинского
университета
имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кирилл Александрович
Линев (слева),
заведующий
кардиореанимацией
Красноярской краевой
клинической больницы,
лауреат в номинации
«За профессионализм»
премии
«Призвание – врач, 2015»



Иван Павлович Артюхов,
ректор Красноярского
государственного
медицинского
университета
им. профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого
на премии
«Призвание – врач, 2015»

— медицина и общество —



Татьяна
Тимофеевна Лобанова,
врач функциональной
диагностики Краевого
клинического центра
охраны материнства и
детства, лауреат
в номинации
«За подаренную жизнь»
премии
«Призвание – врач, 2015»
вместе с семьей Нasti

С каждым годом проект становится все масштабней. Как прошла четвертая церемония вручения премии «Призвание – врач»?

В этом году торжественный вечер состоялся на новой большой площадке – в Музыкальном театре. В зале собрались около 600 человек: доктора из Красноярска, Ачинска, Назарова и других территорий края. Лауреатов премии поздравил министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин, депутаты Заксобрания, руководители городских и краевых медучреждений, известные люди Красноярска.

Надеюсь, в следующем году еще больше врачей будут присутствовать на церемонии, услышат теплые слова от пациентов и коллег – такая «подпитка» нам, докторам, необходима.

Татьяна Тимофеевна, кого пациенты выбрали лауреатами премии «Призвание – врач» в 2015 году?

В этом году у нас появилась новая, 11-я, номинация: «Призвание – главный врач». Победителем в ней стал Андрей Модестов, главный врач краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

А лауреатов в 10-ти традиционных номинациях определили так: «Легенда здравоохранения» (Игорь Назаров, профессор, доктор медицинских наук), «Народный доктор» (Александр Лукьянов, нейрохирург Ачинской межрайон-

Нужно написать нам на электронную почту sibmedport@mail.ru или связаться по телефону 8-923-377-09-33. Мы всегда рады знакомству с активными, любящими свою профессию врачами и студентами медицинских вузов. Присоединяйтесь, коллеги!

— медицина и общество —



*Вадим Николаевич Янин,
министр здравоохранения
Красноярского края,
вручает поздравления
Галине Васильевне
Бизюковой,
врачу-терапевту Краевого
центра профилактики и
борьбы со СПИД,
лауреату в номинации
«За самоотверженный
труд» премии
«Призвание – врач, 2015»*

ной больницы №1»), «За подаренную жизнь» (Алексей Ильин, заведующий детским кардиохирургическим отделением кардиоцентра Красноярск, Татьяна Лобанова, врач функциональной диагностики краевого центра охраны материнства и детства), «За самоотверженный труд» (Галина Бизюкова, врач-терапевт краевого центра профилактики и борьбы со СПИД), «За внедрение передовых технологий для спасения жизни пациента» (специалисты кардиоцентра Красноярск Эдуард Иваницкий, заведующий отделением хирургического лечения нарушений ритма сердца, и Евгений Кропоткин, хирург-аритмолог), «За верность профессии» (Елена Бережнова, педиатр детской поликлиники г. Назарово), «За искусство дарить надежду» (Андрей Носырев, руководитель краевого детского эпилептологического центра), «За профессионализм» (Кирилл Линеv, заведующий кардиореанимацией краевой клинической больницы), «За труд в экстремальных условиях» (коллектив Поезда здоровья «Святой Лука»), «Золотые руки и сердце» (Сергей Волынкин, челюстно-лицевой хирург краевой больницы).

«Призвание – врач» – не единственный социальный проект Сибирского медицинского портала. Вы давно сотрудничаете с Центром развития семейных форм воспитания, помогаете детям-сиротам найти новую семью.

Да, с 2008 года на портале действует рубрика «Ищу маму и папу», где мы размещаем анкеты ребят, нуждающихся в новой семье. К нашей большой радости, из 759 детей, чьи анкеты были опубликованы на портале, 393 ребенка уже нашли свои семьи! Кстати, сейчас Сибмедпортал проводит еще одну благотворительную акцию: «Безумное чаепитие». Цель акции – собрать пожертвования для подопечных российского фонда «Подари жизнь», то есть для детей, страдающих онкогематологическими заболеваниями. Присоединиться к этому доброду делу может любой. Все подробности акции есть на нашем портале.

Татьяна Тимофеевна, что нужно, чтобы опубликовать научную работу или статью, открыть свой интернет-кабинет на Сибирском медицинском портале?

Нужно написать нам на электронную почту sibmedport@mail.ru или связаться по тел. 8-923-377-09-33. Мы всегда рады знакомству с активными, любящими свою профессию врачами и студентами медицинских вузов. Присоединяйтесь, коллеги!

Анастасия Леменкова



*Татьяна Тимофеевна
Лобанова,
врач функциональной
диагностики Краевого
клинического центра
охраны материнства и
детства,
лауреат в номинации
«За подаренную жизнь»
премии
«Призвание – врач, 2015»*



sibmedport.ru

— золотой фонд БСМП —

ВЛАДИМИР ИННОКЕНТЬЕВИЧ БРЮХАНОВ

Есть в Красноярском крае таежные места, где фамилия Брюханов распространена так же, как фамилии Иванов или Петров в целом в России. На Ангаре, в Кежемском районе, всякий знает кого-нибудь из Брюхановых. Если составить родословную, то окажется, что многие из них родственники.

АВТОРЫ

**А.А. Любченко^{1,2},
А.Б. Коган¹,
А.А. Любченко-мл.³**

1. КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

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

3. Институт
филологии и языковых
коммуникаций СФУ

Когда в послевоенные годы в селе Кежда в семье Иннокентия Брюханова родился мальчик Володя, никто не мог предположить, что на свет появился будущий известный врач-травматолог. Детство Владимира Брюханова не было простым. Как и все мальчишки, после учебы он помогал родителям по хозяйству, ходил на рыбалку, в лес за грибами-ягодами и, конечно же, участвовал во всех деревенских забавах. Многому успел его научить отец, надежной опорой был старший брат. Но после их трагической гибели в один миг закончилось беззаботное детство мальчишки.

Вместе с мамой Володя переезжает в Красноярск и подростком идет работать на оборонный завод слесарем-сборщиком, одновременно продолжая учиться в вечерней школе. Когда пришло время служить в Советской Армии, они с другом Михаилом попросились в одну часть и попали в глушь Амурской области.



После демобилизации с первого раза, выдержав жесткую конкуренцию с выпускниками школ, Владимир поступил в Красноярский государственный медицинский институт. Чтобы как-то жить-выживать и помогать маме, ему приходилось и учиться, и работать. Было тяжело. Но и веселые моменты в этом присутствовали. Владимир Иннокентьевич с улыбкой вспоминает, как «крутил»

— золотой фонд БСМП —

кино в кинотеатре «Мир» и сколько посмотрел различных фильмов, причем еще и получая за это зарплату!

Когда открылась больница скорой медицинской помощи, студент Брюханов пошел работать в приемное отделение медицинским братом. Он был отличным медбратом! В больнице еще работают сотрудники, которые помнят, как быстро и ловко он выполнял назначения.

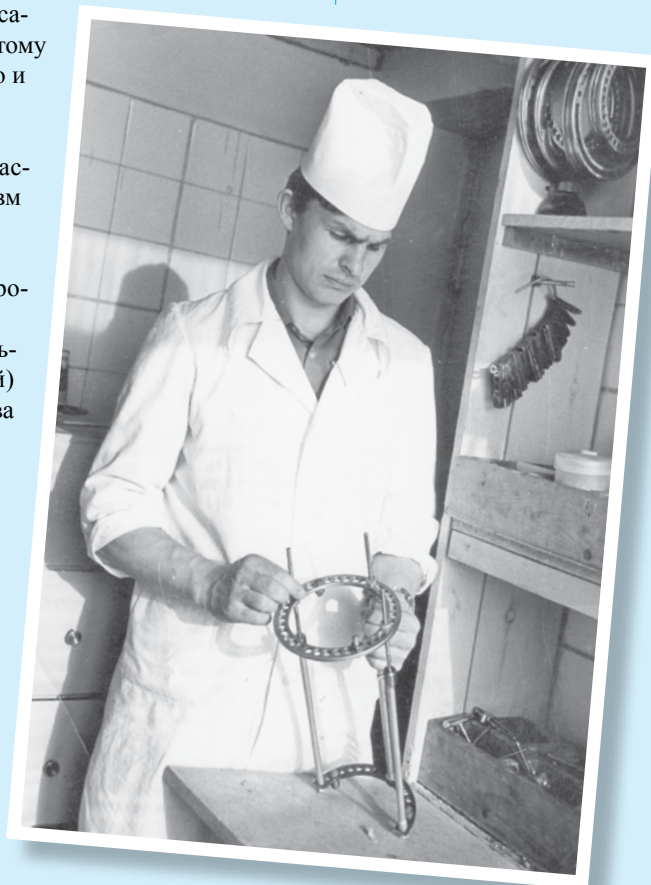
На распределении выпускников мединститута в 1976 году Владимиру Брюханову объявили, что после окончания интернатуры он едет работать в сельскую местность хирургом широкого профиля. После этого решения комиссии молодому врачу Брюханову пришлось потрудиться очень и очень серьезно. Перспектива стать единственным хирургом в районе заставила его научиться всем азам хирургической профессии, не бояться принимать ответственные решения в кратчайшие сроки. Но, как это иногда случается, вмешался его величество случай в лице заведующего вторым травматологическим отделением Б.З. Когана, который увидел во враче-интерне большой потенциал и взял Брюханова к себе в отделение врачом-ординатором. Многому научился тогда начинающий травматолог у своего наставника.

В 1980 году Владимир Иннокентьевич по рекомендации Б.З. Когана проходил специализацию у профессора Г.А. Илизарова в Курганском НИИ травматологии и ортопедии. Это была учеба, оставившая неизгладимое впечатление на ищущего себя в профессии врача-травматолога и определившая впоследствии всю его профессиональную деятельность. Сотни больных благодарны доктору Брюханову за проведенный им чрескостный остеосинтез по методу Илизарова.

В то же самое время в больнице активно проводятся операции по коррекции сколиоза, и молодой врач становится постоянным ассистентом у доцента А.А. Гайдукова, часами участвуя в сложнейших операциях. Через много лет именно к В.И. Брюханову придут те самые пациенты для удаления металлоконструкций, потому что только он помнил как, каждый раз индивидуально и уникально, они были установлены.

В 1994 году Владимир Иннокентьевич впервые в Красноярском крае применил артроскоп для лечения травм и заболеваний коленного сустава. А спустя еще два года при поддержке администрации больницы (Б.З. Когана и С.И. Стародубцева) впервые в крае была проведена конференция по артроскопическим методам лечения коленного сустава с проведением показательных операций (с видеотрансляцией из операционной) президента Российского артроскопического общества М.П. Лисицына (ЦИТО, г. Москва).

Впервые в Сибири и на Дальнем Востоке в 1997 году по инициативе и при непосредственном участии В.И. Брюханова были проведены операции тотальной артропластики коленного и тазобедренного суставов (цементной и бесцементной фиксации) с использованием современных технологий фирмы Osteonics (США). Участниками первой такой операции в крае были проф. Н.Г. Гончаров (г. Москва, РМАПО), О.А. Гендин, А.А. Любченко, Г. Адамович и И. Кожура. Сейчас подобные операции стали рутинными и применяются в каждом современном отделении травматологии и ортопедии.



— золотой фонд БСМП —



В 1998 году Владимира Иннокентьевича назначили заведующим вторым травматологическим отделением. За эти годы под его руководством в клиническую практику (помимо артроскопических операций и эндопротезирования суставов) внедрены новые методики лечения травматологических больных: костно-сухожильная пластика и пластика аллотрансплантатом

передней крестообразной связки, интрамедуллярный остеосинтез трубчатых костей с блокированием стержней, остеосинтез блокируемыми пластинами при внутрисуставных переломах любых локализаций, остеосинтез вертельных переломов с помощью гамма-гвоздей и системой динамического бедренного винта.

Благодаря поддержке В.И. Брюханова в отделении, впервые в Красноярском крае, Н.В. Тугиным при участии А.В. Спиридонова и впоследствии К.В. Тугиной начали проводиться операции транспедикулярной фиксации при переломах позвоночника, вентральный спондилодез при травмах и заболеваниях позвоночника, вертебропластика, кифопластика с армированием при сенильном остеопорозе и дефекте тел позвонков различного генеза.

Владимир Иннокентьевич, более пятнадцати лет являясь главным внештатным травматологом управления здравоохранения города Красноярска, внес значительный вклад в улучшение стационарной травматологической помощи жителям Красноярска.

С 1995 года В.И. Брюханов является действительным членом Российского артроскопического общества, участвуя во всех значимых всероссийских конгрессах травматологов-ортопедов. Им опубликовано более 30 печатных работ. Владимир Иннокентьевич является примером высочайшего профессионализма и ответственного отношения к делу.

В 1989 году он награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения». Многократно поощрялся Почетными грамотами различного уровня. В 2011

— *золотой фонд БСМП* —



году В.И. Брюханову присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Медицинский стаж В.И. Брюханова составляет более 40 лет, и все эти годы он трудится в одном учреждении, БСМП, больше, чем любой другой травматолог больницы.

У Владимира Иннокентьевича двое сыновей и дочь. Анастасия много лет работает ЛОР-врачом в крупной частной клинике, старший сын Илья занимается индивидуальным предпринимательством, а младший Артем учится в школе, планируя в будущем стать врачом.

В одном из интервью Брюханов как-то сказал, листая настольный календарь: «...все мы живем будущим, а на настоящее времени не остается. С годами организм стареет во всех отношениях: хондроз и артроз – вещи, которые как раз появляются от бездействия. Мы ждем чудесную таблетку, и нам создают все условия, чтобы мы ее ждали, а надо заниматься собой, не откладывая. Заниматься тем, что нравится, что по силам. Разумное питание, плавание, лыжи, йога, гимнастика... Живя в мегаполисе, мы крутимся, вертимся, зарабатываем деньги, а до себя руки доходят только тогда, когда что-то случается. Это как бы сам Господь подсказывает: «Не надо суетиться, займись собой, пора!»

Жизнь продолжается.

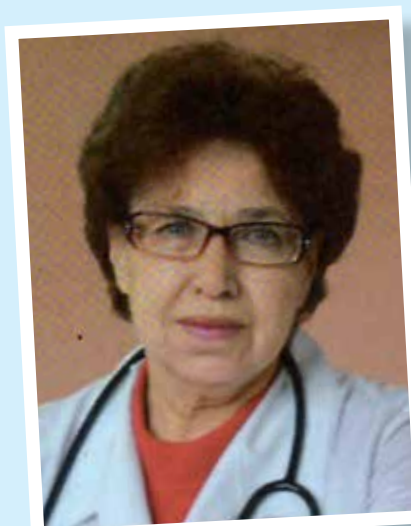
— золотой фонд БСМП —

ЛАРИСА ВАСИЛЬЕВНА КОРЧАГИНА

АВТОР

М. Л. Россовская

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С.
Карповича»



Мне до сих пор кажется, что закончится отпускная летняя пора – и вернется Лариса Васильевна с дачи, принесет грушевого варенья и скажет: «Как вам тут работалось?»

Лариса Васильевна начинала свою врачебную практику участковым терапевтом в деревне Кононово. Проработав три года в районе, набравшись врачебного и житейского опыта, поступила в ординатуру, которую проходила 20-й больнице. Конечно, на серьезного, ответственного и доброго молодого доктора обратили внимание и предложили остаться в отделении кардиологии. Десять лет проработала Лариса Васильевна кардиологом в инфарктном блоке. Не только лечила инфаркты и аритмии, но и сама (!) катетеризовала правые отдела сердца, записывала ЭКГ, ставила подключичные катетеры.

Лариса Васильевна пришла в нашу больницу уже состоявшимся опытным доктором в восьмидесятые годы, после рождения сына Саши. Но... нефрология с неясными пациентами и разнообразной патологией заставила ее вновь и вновь обращаться к медицинским талмудам. И она, конечно, училась, трудилась, дежурила и помогала пациентам уже как доктор-нефролог.

И вот позади 35 лет работы в отделении нефрологии. Мне посчастливилось трудиться вместе с Ларисой Васильевной почти 10 лет. Какая она была? Очень хорошая... человечная... очень профессиональная... деликатная... Несмотря на внешнюю мягкость характера Лариса Васильевна была удивительно твердой и не шла на компромиссы. Если считала, что у пациента острая почечная недостаточность развилась на фоне острого панкреатита, то стояла на своем, убеждая в своей правоте и хирурга. А это требует сильного характера! При этом Лариса Васильевна очень уважала коллег – и терапевтов, и хирургов, и медицинских сестер.

Профессия терапевта требует разнообразных клинических знаний и широты подхода к больному. Лариса Васильевна была именно Терапевтом. На мой взгляд, она была идеальным врачом-интернистом. Умела слушать пациентов, осматривала больных от пяток до макушки, ставила точные диагнозы, которые не могли поставить многие узкие специалисты, используя суперсовременные и супердорогие методы диагностики. Доброжелательная к пациентам и к коллегам, умная, она не шла на поводу у диагностического стандарта, не зависела от формальных требований, но всегда старалась помочь конкретному больному человеку.

В течение 10 лет мы работали бок о бок минимум по восемь часов. Лариса Васильевна научила меня читать наши медицинские книги по каждому конкретному пациенту, читать еще и еще раз, чтобы ставить правильный диагноз. Подобранными ею журналами и статьями по ревматологии и нефрологии мы пользуемся в отделении с благодарностью и удовольствием.

Лариса Васильевна много времени проводила на работе, но в ее жизни была не только больница. Конечно, прежде всего сын Саша. Она его очень люби-

— золотой фонд БСМП —



ла, любила по-умному и с уважением. Думаю, для нее было самым большим счастьем видеть сына Александра Аркадьевича состоявшимся достойным специалистом анестезиологом и просто хорошим человеком.

У Ларисы Васильевны было много друзей. А это хорошо и важно. Люся и Николай, Татьяна и Сергей Васильевич – все они регулярно звонили, приглашая то на дни рождения, то в поездку на Ивановские озера, звонили просто так и с просьбами. И она, конечно же, всем помогала. Несмотря на скромность и внешнюю неяркость, Лариса Васильевна людей притягивала.

Отдыхала и набиралась сил она на даче. Участок был всегда очень ухоженный. А какие вкусные помидоры она солила! Я такого отличного засола ни у кого больше не пробовала.

Скоро будет полгода, как Ларисы Васильевны нет рядом в ординаторской, за соседним столом. Она жила сегодняшним днем: осваивала компьютер, думала о будущем сына, о грядках на даче. Она так и не сходила в отпуск в 2015 году....

Скоро будет полгода, как Ларисы Васильевны нет рядом в ординаторской, за соседним столом. Она жила сегодняшним днем: осваивала компьютер, думала о будущем сына, о грядках на даче. Она так и не сходила в отпуск в 2015 году...

Мне очень не хватает Ларисы Васильевны как человека, как коллеги. Для меня она по-прежнему, пусть мысленно, где-то рядом. Просто еще в отпуске...

от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

Главному врачу БСМП
Когану Аркадию Борисовичу
от Алякиной Т.И.

Благодарственное письмо

Аркадий Борисович, Вас и весь коллектив неврологического отделения, зав. отд. Позднякову Марию Николаевну поздравляю с наступающим Новым годом. Пусть он принесет Вам побольше здоровья, счастья, исполнения всех желаний.

Горжусь тем, что попала в руки к хорошим Врачам в вашей больнице. Таким как Цибульская Наталья Сергеевна, Пушкарёва Юлия Ивановна, Базаров Александр Сергеевич, Киреева Наталья Евгеньевна. Она была дежурным врачом, когда я поступила в неврологию. Сколько же тепла идет из ее добрых глаз, сколько человеческой врачебной заботы.

А о неврологии могу сказать одно: чистота, стерильность, забота о каждом больном (независимо от того, старый или молодой человек). Спасибо и старшей медсестре этого отделения, от которой во многом зависит работа отделения. С Новым годом Вас. Благодарю за теплоту, заботу, понимание.

Больная из № 625 п.
Лечащий врач Базаров А.С.
7.12.15

Благодарственное письмо.
Аркадий Борисович, Вас и весь коллектив неврологического отделения, зав. отд. Позднякову Марию Николаевну поздравляю с наступающим Новым годом. Пусть он Вам принесет побольше здоровья, счастья, исполнения всех желаний.
Горжусь тем, что попала в руки к хорошим врачам в вашей больнице. Таким как Цибульская Наталья Сергеевна, Пушкарёва Юлия Ивановна, Базаров Александр Сергеевич, Киреева Наталья Евгеньевна. Она была дежурным врачом, когда я поступила в неврологию. Сколько же тепла идет из ее добрых глаз, сколько человеческой врачебной заботы.
А о неврологии могу сказать одно: чистота, стерильность, забота о каждом больном (независимо от того, старый или молодой человек). Спасибо и старшей медсестре этого отделения, от которой во многом зависит работа отделения. С Новым годом Вас. Благодарю за теплоту, заботу, понимание.
Больная из № 625 п. Лечащий врач Базаров А.С. 7.12.15

Алякина Т.И.

Главному врачу
Когану А.Б.
от пациента
Елесина Александра
Владимировича

Благодарность

Хочу выразить огромную благодарность сосудистому отделению, в котором работает профессиональный коллектив. Ложусь на госпитализацию не один раз, каждый раз сталкиваюсь с чуткими и понимающими работниками (врачами и медсестрами).

Елесин А.В.

Главному врачу КМКБСМП Когану А.Б.
от пациента Елесина
Александра Владимировича

Благодарность

Хочу выразить огромную благодарность сосудистому отделению, в котором работает профессиональный коллектив. Ложусь на госпитализацию не один раз. Каждый раз сталкиваюсь с чуткими и понимающими работниками (врачами и медсестрами).

Елесин А.В.

от всей души

Главному врачу КМКБСМП

им. Н.С. Карповича Когану Аркадию Борисовичу
от Шульгина Анатолия Валентиновича

Мой отец Шульгин Валентин Иванович 14.11.2015 года был в экстренном порядке госпитализирован в отделение сосудистой хирургии КМКБСМП им. Н.С. Карповича по поводу обострения хронического заболевания ног.

В связи с возрастом (79 лет) и состоянием здоровья отца я навещал его в отделении ежедневно. Все эти дни лечащий врач А.В. Анциферов, заведующий отделением С.В. Кулагин, дежурные врачи безотказно и обстоятельно информировали меня о состоянии отца и проводимых обследованиях и лечении.

Несмотря на серьезность заболевания врачам отделения удалось сохранить моему отцу ногу, что при его состоянии уже большая удача. Хочу отметить вдумчивость врачей при выборе методов лечения, заботу не только о медицинском результате госпитализации, но и о максимально возможном, при таком тяжелом заболевании, качестве жизни больного после выписки.

Также следует отметить безупречную работу медсестер и санитарок сосудистого отделения, их спокойствие, терпение, доброжелательное отношение к больным, порядок и чистоту в отделении.

Конечно, профессионализм и забота о больных – обязанность врачей и медицинского персонала. Удивляет другое. То, что, несмотря на загруженность работой, большой объем обязанностей, постоянные просьбы и вопросы больных, врачи и весь медицинский персонал сохраняют доброжелательное, понимающее отношение к пациентам и их родственникам.

От своей семьи и от себя лично хочу выразить искреннюю благодарность заведующему отделением Сергею Викторовичу Кулагину, лечащему врачу Антону Владимировичу Анциферову, всем врачам, а также медсестрам и санитаркам сосудистого отделения КМКБСМП им. Н.С. Карповича.

Главному врачу БСМП Когану Аркадию Борисовичу, заведующему отделением сосудистой хирургии Кулагину Сергею Викторовичу

Мы, посетители отделения сосудистой хирургии, всегда окружены вниманием и заботой всего коллектива отделения. Особо выделяем хорошую работу медсестры Савченко Евгении Леонидовны. Просим руководителей, чтобы ей присвоили звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Ямщиков А.И., Гребенникова В.П.,
Трофимцева И.В., Сосновская В.Б.,
Маупко Е.В.

Главному врачу КМКБСМП
им. Н.С. Карповича
Когану Аркадию Борисовичу
Шульгина Анатолия
Валентиновича,
проживающего по адресу:
Матросова
4-79.
Контактный телефон:
2-36-63-68

Заявление.
(Благодарность)

Мой отец Шульгин Валентин Иванович 14.11.2015 года был в экстренном порядке госпитализирован в отделение сосудистой хирургии КМКБСМП им. Н.С. Карповича по поводу обострения хронического заболевания ног.

В связи с возрастом (79 лет) и состоянием здоровья отца я навещал его в отделении ежедневно. Все эти дни лечащий врач А.В. Анциферов, заведующий отделением С.В. Кулагин, дежурные врачи безотказно и обстоятельно информировали меня о состоянии отца и проводимых обследованиях и лечении.

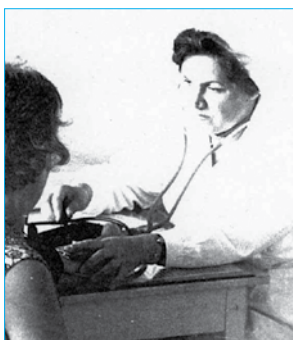
Несмотря на серьезность заболевания, врачам отделения удалось сохранить моему отцу ногу, что при его состоянии уже большая удача. Хочу отметить вдумчивость врачей при выборе методов лечения, заботу не только о медицинском результате госпитализации, но и о максимально возможном, при таком тяжелом заболевании, качестве жизни больного после

—случай из практики—

НАША ИНТЕРНАТУРА

Бабушкин А.О.

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»



1974 г.

М.А. Смирнова – врач
приемного покоя
инфекционного корпуса.

В последующие
годы - председатель
профсоюзного комитета
БСМП и зав. третьим
инфекционным отделением.

На мысль обратиться ко времени сорокалетней давности меня навела фотография, запечатлевшая выпуск врачей-интернов 2015 года. Невольно вспомнилось старое фото из 1975 года, на котором мы с Э.А. Юрьевой, став выпускниками интернатуры, тоже предстали в окружении наших учителей.

Тот период учебы, 1974-1975 годы, организованной на базе вступающей в строй БСМП, стал для нас первой ступенью на пути профессионального становления и был наполнен богатым опытом практической работы. С благодарностью вспоминаем всех сотрудников кафедры инфекционных болезней, возглавляемой профессором Ю.В. Скавинским. До сих пор памятны советы таких педагогов, как В.Г. Кузнецов, Н.И. Захаров, Е.А. Малькова, А.И. Бычкова и А.П. Миноранская. Переносясь в воспоминания былого, выскажу добрые слова в адрес наших старших коллег-наставников, которые передавали багаж своих знаний, делясь приемами профессионального мастерства и обыкновенной житейской мудрости. Стоит признать, что эти люди заслуживают особого почтения еще и оттого, что они стояли у истоков БСМП. Это Е.В. Гаврикова, Е.С. Чанчикова, А.И. Буткевич, В.М. Юферова, Г.И. Никитина, М.А. Смирнова, Ж.Ф. Глотова и тогда еще молодой доктор В.Б. Чернышов.

В моем архиве хранится достаточно много фотографического материала, наглядно иллюстрирующего эпизоды того времени.

И вновь мысленно возвращаясь к началу своего пути в профессию, я бесконечно благодарен тому, что пришлось работать под руководством талантливого врача Николая Семеновича Карповича, имя которого носит наша больница. Его требовательное отношение к дисциплине и самоконтролю в работе стали для меня основополагающими на протяжении всего периода трудовой деятельности. Нами, врачами-интернами БСМП, был усвоен главный принцип руководства Н.С. Карповича: создание организованного, дисциплинированного и профессионально значимого коллектива.

Июнь 1975 г.



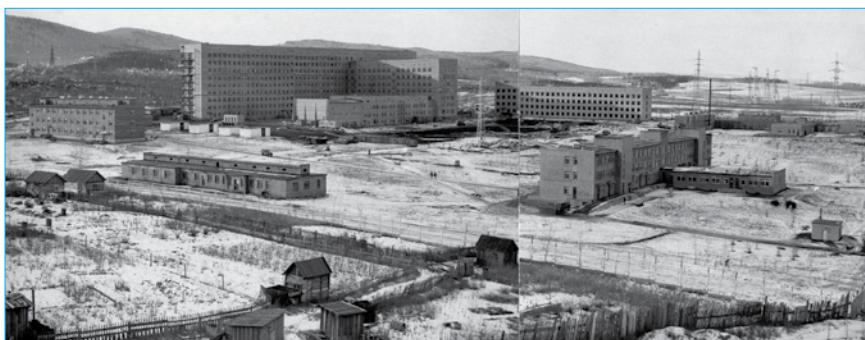
случай из практики



До сих пор не без гордости вспоминаю тот период работы как свидетель и участник становления БСМП. В 1973 году были развернуты неврологический и инфекционный корпуса, начинали работу нейрохирургическая, хирургическая и терапевтическая службы. Помнится, как 2 августа 1974 года я получил первые наставления от заместителя главного врача по лечебной работе А.Г. Макеевой. Не многие помнят – административная служба в те первые два года располагалась в помещении нынешнего патологоанатомического корпуса. Территория больницы отличалась первозданной пустотой. В архиве БСМП сохранилось уникальное фото того периода.

Сегодня территория больницы благоустроена и озеленена. А помнится, как мы переносили сюда из лесопитомника первые насаждения – липы.

Июнь 2015 г.

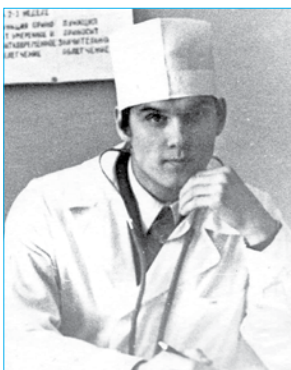


Из самых памятных впечатлений года учебы в интернатуре выделю практическую составляющую. Это и самостоятельная курация больных в четырех-пяти боксах, и обязательные ночные дежурства под контролем старших коллег, и регулярные клинические разборы, и приобщение к научно-исследовательской работе и, конечно же, участие в общественной работе. Все это помогло через год достаточно уверенно вступить в этап самостоятельной практической деятельности.

случай из практики

1977 год.

Т.А. Власова,
Э.А. Юрьева,
Е.С. Чанчикова,
Н.Г. Макарова
и А.О. Бабушкин



1975 г.

Э.А. Юрьева и
А.О. Бабушкин.
Мы врачи БСМП.



1978 г.

Врачи
Ю.П. Дерягин,
Т.А. Власова,
А.О. Бабушкин,
Э.А. Юрьева,
А.П. Миноранская,
В.Г. Кузнецов,
Е.С. Чанчикова,
Г.Г. Строкина



1975 г.

Обход зав. отделением
Е.С. Чанчиковой.
Больную представляет
Г.И. Никитина.
Сидит М.А. Смирнова

случай из практики



Вспоминает Эльвира Александровна Юрьева:

— Сегодня, оценивая значение нашей интернатуры периода первичной специализации 1974-1975 годов, выделяю главное в ней: обучение практическим навыкам лечебного процесса. Тогда фонд инфекционного корпуса составлял 180 коек. До сих пор помнится ощущение постоянного контроля и непосредственной опеки со стороны руководителей подразделения и старших коллег-наставников. Нам доверялось курировать по 15-20 больных. Особо вспоминается обучение навыкам лечения пациентов с менингококковой инфекцией, острыми вирусными гепатитами и ОКИ (принципам парентеральной терапии и инструментального обследования).

Вспоминается, что помимо практической работы мы обязательно участвовали в научно-практической деятельности, которой руководила кафедра инфекционных болезней, а также в выполнении общественной работы в больнице. А еще период интернатуры незабываем и оттого, что это было время первых шагов в избранной профессии...



1981 г. Г.И. Никитина – заведующая вторым инфекционным отделением, в 1973-1975 гг. – председатель профсоюзного комитета БСМП.
Е.В. Гаврикова – в 1973 г. зам. главного врача БСМП по лечебной работе.



Март 2013 г. БСМП отмечает свой 40-летний юбилей.
И мы уже ветераны...

1979 г.

Планерку в инфекционном корпусе проводят проф. Ю.В. Скавинский и доценты Н.И. Захаров и В.Г. Кузнецов

Первые заведующие отделениями инфекционного корпуса:



первого – Е.С. Чанчикова,



второго – В.М. Юферова,



третьего – А.И. Буткевич

— из истории одного отделения —

ЮБИЛЕЙ РОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Л.Н. Екименко,
С.В. Коваленко,
В.В. Медведев**

*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

Юбилей – это повод взглянуть в будущее, вспоминая прошлое. В декабре 1972 года была введена в строй единственная в Красноярском крае больница скорой медицинской помощи, в составе которой, естественно, значилось отделение анестезиологии и реанимации.



Учитывая увеличение потока экстренных больных, нуждающихся в проведении интенсивной терапии, и необходимость улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи, руководством городского отдела здравоохранения Красноярска было принято решение о разделении отделения анестезиологии и реанимации на два самостоятельных подразделения: отделение анестезиологии и отделение реанимации и интенсивной терапии. С декабря 1980 года отделение работает как самостоятельная больничная структура.

— из истории одного отделения —



С.И. Стародубцев, возглавивший коллектив, руководил отделением до сентября 1982 года. Зарекомендовал себя грамотным специалистом и организатором, Станислав Игнатьевич был приглашен на руководящую работу в администрацию больницы, передав руководство отделением И.П. Можяевой.

За двадцать четыре года (1982-2004) работы заведующей отделением Ирина Павловна создала высокопрофессиональный коллектив с заботливым средним и младшим медицинским персоналом. Она сумела поднять планку работы отделения на высокий уровень оказания медицинской помощи, внедряя передовые методики лечения (ГБО, гемосорбция через отмытые гепатоциты, лечебный плазмаферез, УФ облучение крови). При ее активном участии в больнице были



— из истории одного отделения —



открыты отделение реанимации и интенсивной терапии в инфекционном корпусе, блок интенсивной терапии в токсикологическом отделении, палаты интенсивной терапии в клинических отделениях.

После ухода И.П. Можяевой на заслуженный отдых заведующей ОРИИТ с февраля 2004 года стала И.Л. Поссельт, большая заслуга которой – реконструкция и капитальный ремонт отделения, расширение коечного фонда, оснащение современной лечебной и следящей аппаратурой, что потребовало обучения всего персонала. Именно Ирина Леонидовна подняла работу коллектива ОРИИТ на современный уровень. С 2009 года И.Л. Поссельт является заместителем главного врача по лечебной работе.

С июля 2009 года по настоящее время отделением заведует отличник здравоохранения РФ Любовь Николаевна Екименко. На сегодняшний день отделение реанимации и интенсивной терапии №1 является клинической базой кафедр КрасГМУ и постоянно, с целью подготовки врачей-специалистов, взаимодействует с сотрудниками кафедры анестезиологии-реаниматологии: профессорами И.П. Назаровым, А.П. Колесниченко, А.И. Грицаном, д.м.н. доцентом С.И. Ростовцевым и другими.

Самым высоким достижением и самым дорогим достоянием отделения являются наши самоотверженные люди, надежные друзья и коллеги. Выросло не одно поколение высококвалифицированных специалистов: и врачи, и наши все знающие и умеющие, сострадательные медицинские сестры и санитары.

С благодарностью мы отмечаем наш средний и младший медицинский персонал, возглавляемый старшей медицинской сестрой Е.Н. Севрюгиной. Несмотря на тяжелые условия труда, эти люди сохраняют верность выбранному делу, являются надежной опорой для врачей.

С 1975 года в отделении работает Ю.Г. Симановский, с 1978 года – Т.А. Руднева, более 25 лет работают Л.Н. Екименко, А.Г. Криштоп, С.В. Коваленко, В.В. Медведев; более 20 лет – И.Г. Воронковский. Уже опытными специалистами

— из истории одного отделения —



стали врачи более позднего поколения, пришедшие к нам после окончания медицинского института: М.А. Шведова, И.К. Плотников, С.В. Гряנק, Е.Г. Бортвчук.

Более 20 лет трудятся в отделении медицинские сестры Е.Н. Севрюгина, М.В. Солдатова, Л.М. Горбачева, И.С. Тишкова, Е.А. Стрельцова, Л.А. Палеева, Н.А. Пономарева, Н.Г. Лабковская, С.А. Гаврина, И.Л. Чивчан, Н.М. Ходунова, О.И. Ходунова, Н.К. Сайфулина, О.А. Никитенко. Много лет работают сестра-хозяйка Н.В. Фролова и санитар Е.Е. Рачков.

За долгие годы работы в отделении сложился хороший дружный коллектив, большинство членов которого считают своих коллег второй семьей, а отделение реанимации – вторым домом. Персонал с энтузиазмом и творческим подходом участвует во всех праздничных и спортивных мероприятиях, проводимых в больнице, постоянно занимая первые или призовые места в проводимых соревнованиях и конкурсах.

*«За столько лет прошло событий много
И в жизни каждого, и в жизни всей страны...
Наш коллектив шел правильной дорогой –
Десятки тысяч жизней спасены».*

MEDSINTES
group



*Дорогие коллеги!
Примите наши искренние
поздравления с Новым годом и
Рождеством!*

С уважением, коллектив Medsintes group