



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Коган Аркадий Борисович:

НАЧАЛО СТРОИТЕЛЬСТВА НОВОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО КОРПУСА –
ОЧЕРЕДНАЯ ВЕХА В ИСТОРИИ БОЛЬНИЦЫ.

стр. 19

МАССОВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ

стр. 25

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

стр. 28

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЦИТРАТНО-КАЛЬЦИЕВОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИИ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЧЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

— слово редактора —



А.Б. Коган
Главный врач

Уважаемые коллеги!

Приветствую вас в первом номере нашего журнала в наступившем году!

Что мы ожидаем от 2016-го? Год начался в сложных условиях, прежде всего экономических. Несмотря на это БСМП продолжает развиваться. В марте забита первая свая в строительстве нового хирургического корпуса! Это очередная веха в истории больницы. Сначала мы об этом только мечтали, потом ожидали решения, затем принимали активное участие в разработке проекта, и вот – уже начало строительства. Все это делается не просто на наших глазах, а с нашим участием. И мы теперь уверены: корпус будет построен, более того, надеемся, в установленные сроки.

На 2016 год министерством здравоохранения Красноярского края запланирован капитальный ремонт пятого этажа главного корпуса, где располагаются пульмонологическое и гинекологическое отделения.

В этом году у нас меньше возможностей по обучению специалистов, но, тем не менее, врачи продолжают осваивать современные методы лечения, диагностики, в том числе за пределами Красноярска.

Мы все-таки надеемся на лучшее, и это означает, что наша больница будет развиваться!



содержание

актуальное интервью	стр. 6
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
новости	стр. 9
наука и практика	стр. 11
ФОРМИРОВАНИЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН ЗА СОСТОЯНИЕ ИХ ЗДОРОВЬЯ, А РАБОТОДАТЕЛЕЙ – ЗА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ОМС+»	
наука и практика	стр. 19
МАССОВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ	
наука и практика	стр. 22
ВНЕДРЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КАТЕТЕРОВ В БСМП	
наука и практика	стр. 25
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
наука и практика	стр. 28
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТРАТНО-КАЛЬЦИЕВОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЧЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	
наука и практика	стр. 32
ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	
наука и практика	стр. 37
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА	
медицина и бизнес	стр. 40
ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C ДЛЯ МОНИТОРИНГА, СКРИНИНГА И ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
медицина и бизнес	стр. 42
СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ	
из истории одного отделения	стр. 45
ИСТОРИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БСМП	
золотой фонд БСМП	стр. 49
ЭМИЛИЯ ВАСИЛЬЕВНА НИКОЛАЕВА	
золотой фонд БСМП	стр. 51
ВЛАДИМИР ИОСИФОВИЧ ПОДОЛЬСКИЙ	
от всей души	стр. 53
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ	
случай из практики	стр. 55
ОДНА ИЗ ПОСЛЕДНИХ КУРЬЕЗНЫХ ИСТОРИЙ	

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

Учредитель:
Краевое государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича».
Главный редактор: Козан Аркадий
Борисович (главный врач).
Телефоны:
(391) 246-94-40 (стол справок),
(391) 246-93-45, (391) 246-93-42
(приёмный 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.
Апрель 2016 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

— знаменательные даты —

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

Романову Татьяну Евгеньевну,
кухонного рабочего пищеблока

Козлову Людмилу Леонидовну,
кухонного рабочего пищеблока

Скорнякову Татьяну Владимировну,
ведущего инженера отдела по содержанию зданий и сооружений

Бабушкина Александра Олеговича,
врача-инфекциониста 1-го инфекционного отделения

Двуреченскую Марину Владимировну,
медицинскую сестру палатную палаты интенсивной терапии нейрохирургического отделения

Жарову Галину Алексеевну,
сторожа (вахтера)
административно-хозяйственного отдела

Фирюлину Любовь Ивановну,
медицинскую сестру приемного отделения

Кондакову Любовь Петровну,
уборщика служебных помещений
административно-хозяйственного отдела

Еникову Веру Васильевну,
старшую медицинскую сестру
нейрохирургического отделения

Шиврину Татьяну Геннадьевну,
заведующую отделением, врача-токсиколога
отделения для больных с острыми отравлениями

Бурцеву Ларису Кузьминичну,
медицинскую сестру-анестезиста
отделения анестезиологии-реанимации

Шагиахметову Катифу Ахметовну,
медицинскую сестру перевязочной
нейрохирургического отделения

Шеходанову Зинаиду Александровну,
кухонного рабочего пищеблока

Занозину Надежду Викторовну,
медицинскую сестру палатную
урологического отделения

Синютину Татьяну Алексеевну,
буфетчицу-раздатчицу отделения
для больных с острыми отравлениями

Касьянову Галину Федоровну,
начальника организационно-аналитического
отдела

Романенко Любовь Николаевну,
буфетчицу-раздатчицу урологического отделения

Щеглакову Любовь Анатольевну,
медицинскую сестру-анестезиста отделения
анестезиологии-реанимации

Козьмину Надежду Александровну,
старшую медицинскую сестру
кардиологического отделения

Шумееву Наталью Ивановну,
санитарку кабинета рентгеновской
компьютерной томографии отделения
лучевой диагностики № 1

Сахарову Людмилу Анатольевну,
медицинскую сестру стерилизационную
центральной стерилизационной

Литвинова Владимира Райнгольдовича,
врача акушера-гинеколога гинекологического
отделения

Стрижневу Нину Георгиевну,
медицинскую сестру-анестезиста отделения
анестезиологии-реанимации

Баеву Любовь Васильевну,
лифтера отдела главного механика
и энергетической службы

Черноусова Александра Николаевича,
врача анестезиолога-реаниматолога отделения
анестезиологии-реанимации



редакторская коллегия



Главный редактор:

Коган А.Б.
Главный врач



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



Маслов С.Г.
Заместитель главного
врача по хирургии



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



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



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



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



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



Юрикова И.Г.
Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

— актуальное интервью —

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА



Т.А. Зимина

*Заместитель главного врача по работе
с сестринским персоналом
КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»*

Татьяна Александровна, наверное, о работе среднего медицинского персонала больницы Вы знаете все – расскажите, пожалуйста, какова роль медицинских сестер в здравоохранении?

Здоровье человека – это бесценный, ничем не заменимый дар, данный (или не доданный) ему природой. В этой связи хочется вспомнить слова немецкого философа Артура Шопенгауэра: «Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья».

Сохранение и укрепление здоровья – важная задача, в выполнении которой не последняя роль отведена нашему многочисленному, трудолюбивому и, как мне кажется, основному звену здравоохранения: среднему медицинскому персоналу. Долгие годы престижность работы медицинской сестры, ее социальный статус снижались. В настоящее время в России проводится активная целенаправленная работа по возрождению значимости сестринской профессии. Ведь именно профессия медицинской сестры вмещает в себе такие прекрасные качества, как отзывчивость, чуткость, сострадание, милосердие, забота, доброта и терпение.

Учитывая значимость среднего персонала, расскажите, как много медицинских сестер (и братьев) работает в БСМП?

В нашем учреждении из 1912 сотрудников 745 – средний медицинский персонал. Это большая армия специалистов, от профессионализма которых зависит не только качество оказываемой медицинской помощи, но и имидж всего учреждения.

актуальное интервью

Таблица 1

Динамика укомплектованности средним медицинским персоналом КМКБСМП

Годы	Всего должностей по штатному расписанию	Занятых должностей	Физических лиц	Совместительство (в %)	Укомплектованность средним медицинским персоналом (%)
2014	1117,75	1117,75	717	35,9%	64,2%
2015	1078,5	1078,5	745	30,9%	69,1%

При рассмотрении укомплектованности КМКБСМП средним медицинским персоналом обращает на себя внимание ее рост – на 5% в течение года! Связано это прежде всего с мероприятиями, проводимыми администрацией больницы по оптимизации штатного расписания. Кроме того, у нас появилась возможность принимать на должности медицинских сестер студентов медицинского университета, успешно сдавших экзамен по допуску к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала.

В каждом отделении (а в БСМП только клинических отделений 26!) есть свои особенности работы медицинских сестер. Как они обучаются работать по своему конкретному профилю?

Ключевыми вопросами кадрового обеспечения являются качество подготовки квалифицированных кадров и эффективность их использования. Каждый специалист службы среднего звена раз в пять лет проходит на бюджетной основе переподготовку по своей специальности в Центре повышения квалификации. Кроме того, в каждом структурном подразделении больницы регулярно проходят семинары, занятия для среднего и младшего медицинского персонала. Обучение практическим навыкам осуществляется непосредственно на рабочем месте.

И все же какова квалификация среднего медицинского персонала в БСМП?

Являясь членом краевой аттестационной комиссии, могу отметить, что знания и умения нашего среднего персонала находятся на высоком уровне.

Ваше мнение о «своих» кадрах совпадает с мнением пациентов?

Наиболее значимым фактором при оценке качества работы персонала является отношение пациента к учреждению здравоохранения, которое формируется с момента поступления в стационар. Для повышения престижа нашей больницы Совет средних медицинских работников систематически изучает мнение наших пациентов. Делается это путем анонимного анкетирования. Анкеты разрабатывались наиболее опытными старшими сестрами. В них отражены все основные аспекты деятельности среднего медицинского персонала. При анкетировании выявляются слабые места в работе, а затем указанные недочеты предметно исправляются. Если в 2011 году качество оказания сестринской помощи оценивалось как хорошее лишь в 65%, то к 2015 году мы имеем 81% положительных отзывов.

Расскажите подробнее, чем еще занимается Совет средних медицинских работников больницы?

Для достижения реальных результатов в управлении сестринской службой нашей больницы успешно функционирует Совет средних медицинских работников, который занимается вопросами непрерывного сестринского образования, освоения новых форм и методов работы средним и младшим медицинским персоналом, активно участвует в общественной жизни больницы. Некоторые предложения, вынесенные Советом, успешно внедрены в практическую деятельность нашего учреждения:

– лист назначения и списания наркотических, психотропных и сильнодействующих средств;

Таблица 2

Профессиональный уровень среднего медицинского персонала КМКБСМП

Годы	Проучены на сертификационных циклах повышения квалификации (чел.)	Имеют квалификационные категории*			
		Без категории	II	I	Высшая
2014	111	212	80	72	353
2015	145	278	86	64	317

*уменьшение численности среднего персонала с квалификационными категориями обусловлено притоком молодых специалистов с недостаточным для аттестации на соответствующую категорию стажем работы

— актуальное интервью —

— лист наблюдения за периферическим венозным катетером;

— организация службы профилактической дезинфекции, основной целью создания которой стало разделение процесса ухода за больными и текущей дезинфекции, что, в свою очередь, позволило создать наиболее комфортные условия для пациентов стационара.

Сегодня очень важно понимать, что медицинская сестра способна участвовать в оказании медицинской помощи, используя новые сестринские технологии.

Медицинская сестра, безусловно, работает на «передовой». Какие меры предосторожности должны быть предусмотрены, чтобы уберечь и медицинский персонал, и пациентов от заражения инфекционными заболеваниями?

Для меня, как для руководителя службы среднего звена, актуален вопрос безопасности персонала. Администрация КМКБСМП большое внимание уделяет вопросам госпитальной гигиены, которая призвана создавать безопасность условий проведения лечебного процесса как для пациентов, так и для медицинского персонала. Огромная работа проводится по вакцинопрофилактике в отношении таких инфекций, как грипп, гепатит, корь. Организована взаимосвязь с прививочным кабинетом городской поликлиники №4. С целью раннего выявления заболеваний ежегодно проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры сотрудников.

И в заключение что еще Вам хотелось бы рассказать о подопечной службе?

Корпус старших медицинских сестер – это особая гордость! Здесь нет случайных людей. Все, без исключения, профессионалы высокого уровня. Практически все имеют повышенный уровень образования либо окончили факультет высшего сестринского образования медицинского университета.

Все старшие медицинские сестры являются непосредственными руководителями практического обучения студентов образовательных учреждений. Являясь базой практического обучения, больница имеет возможность наиболее перспективным и успешным студентам колледжа и университета предложить работу по их окончании. Второй год мы являемся пилотной площадкой для реализации проекта «Школа медицинского добровольчества».

С целью повышения качества медицинского обеспечения пациентов, развития творческой инициативы сотрудников, а также повышения престижа профессии медицинской сестры ежегодно мы проводим смотры, конкурсы. И за все это время темы и сюжеты выступлений не повторились ни разу! Очень



интересным для нас было участие в краевом конкурсе видеороликов, где в номинации «Здоровым быть модно!» наша больница заняла 1-е место!

В КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» нам удалось создать сплоченную команду единомышленников и выстроить действенную структуру управления средним медицинским персоналом, что, безусловно, отражается на качестве оказываемой медицинской помощи. Думаю, вектор дальнейшего развития сестринской службы выбран правильно, и, несмотря на встречающиеся трудности и дефекты, специалисты со средним медицинским образованием наравне со всеми сотрудниками больницы несут огромную нагрузку и ответственность в лечебно-диагностическом процессе.

Я бесконечно счастлива, что однажды мне выпала честь стать руководителем службы среднего звена такого крупного и значимого для всей системы здравоохранения Красноярского края коллектива – больницы скорой медицинской помощи!

новости

ДНИ ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В актовом зале КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» 11 февраля и 29 марта министерством здравоохранения Красноярского края проведены Дни организатора.



Первый день был посвящен вопросам совершенствования работы поликлиник. Были рассмотрены результаты аудита амбулаторно-поликлинических учреждений, результаты независимой оценки качества социальных услуг в 2015 году, план действий на 2016 год. Руководители медицинских учреждений амбулаторно-поликлинической сети, получившие положительные результаты работы по отдельным направлениям, поделились своим опытом с коллегами.

День организатора, который проводился 29 марта, был посвящен проблемам реализации программы повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинических учреждений, вопросам формирования рациональной структуры и штатной численности медицинских организаций Красноярского края, а также эффективности использования кадровых ресурсов в здравоохранении края, изменения в федеральной системе непрерывной профессиональной подготовки, сертификации и аккредитации специалистов и другие.

МАСЛЕНИЦА ПО-НАШЕМУ!

Масленица – проводы зимы. Чудесное время! Как и прежде, база отдыха «Гремящая грива» собрала наш коллектив. Частушки, скороговорки, пляски и просто веселые посиделки у костра! Профсоюзный комитет и администрация больницы не остались в стороне – призы и сладкие подарки радовали каждого!

На Руси Масленица отмечалась как радостный праздник. При упоминании о ней в памяти встают картины



веселых зимних дней, наполненных гамом и шумом, вкусными запахами блинов, перезвоном колокольчиков, украшавших нарядные тройки. Сияющие на солнце купола церквей, горящие, как жар, медные самовары, гулянья, балаганы и чинные чаепития под праздничным огоньком лампадки у образов.

Масленица – это время, которое нужно посвятить доброму общению с ближними, родными, друзьями, благотворению... Мы так и сделали!

БЕЗУМСТВУ ХРАБРЫХ..

**«Безумству храбрых поем мы славу.
Безумство храбрых – вот мудрость жизни!
О смелый Сокол! В бою с врагами
истек ты кровью...
Но будет время – и капли крови
твоей горячей, как искры, вспыхнут
во мраке жизни и много смелых сердец
зажгут безумной жадной свободой, света!**

М. Горький, «Песня о Соколе»



В нашей стране ежегодно проводится Всероссийский конкурс специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Конкурс проходит в три этапа. Второй этап является краевым. В 2016 году мы делегируем от нашего учреждения пять работ в различных номинациях. Хочется сказать спасибо соискателям за смелость и решительность. Это большой труд и отличный имидж учреждения!

новости

Наши участники:

В номинации «Лучшая медицинская сестра» –

Марина Геннадьевна Комина,

Ирина Андреевна Воднева и

Ольга Викторовна Чурай.

В номинации «Лучшая старшая медицинская сестра» –

Марина Владимировна Панченко.

В номинации «Лучший лаборант» –

Ольга Александровна Булгакова.

Желаем коллегам только победы!

СПОРТ – ЭТО ЖИЗНЬ...

С 1 января проходят соревнования 18-й Спартакиады работников здравоохранения Красноярского края, посвященной XXXI летним Олимпийским играм в Рио-де Жанейро (Бразилия).



Спартакиада проводится с целью пропаганды физической культуры и спорта как средства ведения здорового образа жизни, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, активного отдыха и укрепления здоровья работников здравоохранения края.

Это спортивное мероприятие дает возможность установления и развития дружественных и деловых контактов между учреждениями и организациями. В рамках спартакиады проводятся соревнования по лыжным гонкам, волейболу, шахматам, настольному теннису, плаванию, мини-футболу, пулевой стрельбе, боулингу и легкой атлетической эстафете.

Команды КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» принимают активное участие в соревнованиях и уже достигли первых спортивных достижений: II место в настольном теннисе, IV и V места в лыжной гонке у мужчин и женщин соответственно, IV место у мужчин в легкой атлетике и у женщин в соревнованиях по плаванию!

Мы следим за ходом спартакиады и желаем нашим спортсменам побед, а также получить удовольствие от участия в спортивных состязаниях и общения с коллегами из других учреждений здравоохранения!



МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ...

28 марта 2016 года в истории БСМП поставлена очередная веха – забита первая свая нового хирургического корпуса!

Строительство хирургического корпуса предусмотрено в центральной части территории, севернее существующего корпуса БСМП.

Архитектурно-планировочные решения здания обеспечат оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и труда медицинского персонала.

Структура, планировка и оборудование помещений обеспечат поточность технологических процессов.

Строительство корпуса площадью 14 369 кв.м предполагает обустройство нового четырехэтажного операционного блока на 15 операционных, в числе которых три экстренные; на 24 реанимационные койки и 12 коек пробуждения. Экстренные операционные планируется оснастить цифровыми системами навигации, оптической визуализации, мультимедийными технологиями, иным современным оборудованием для проведения экстренных операций.

Кроме того, предполагается принципиально новая система организации работы приемного отделения. Фактически оно будет объединять в себе функции приема, сортировки, распределения и оказания реанимационной и хирургической (оперативной) помощи.

В проекте корпуса учтены требования последних СанПиН: помещения функциональны; будут созданы необходимый набор помещений, достаточное количество санитарных узлов и шлюзов. Предусмотрены требования к созданию среды для лиц с ограниченными возможностями (инвалидов).

В конце 2017 года новый хирургический корпус будет введен в эксплуатацию.

Стоимость строительства и оснащения составит порядка двух миллиардов рублей.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН ЗА СОСТОЯНИЕ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ, А РАБОТОДАТЕЛЕЙ – ЗА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ, В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ОМС+»

Тезисы к докладу на круглом столе:
«Стратегия развития Красноярского края. Будущее здравоохранения»



А.С. Ямщиков

А В Т О Р

А.С. Ямщиков^{1,2,3}

1. АО Медицинская страховая компания «Надежда»,
2. ФГАОУВО «Сибирский федеральный университет»,
3. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Российская Федерация в рамках Программы модернизации здравоохранения в последние годы направила на развитие здравоохранения значительные финансовые ресурсы: приобретено новое оборудование, построены или строятся новые клиники, растет уровень заработной платы медицинского персонала.

Без определения приоритетов и основных направлений государственной политики, нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения, а также задач, решение которых направлено на сохранение и укрепление здоровья граждан, невозможно дальнейшее целенаправленное развитие системы здравоохранения Российской Федерации.

Стратегия развития здравоохранения в РФ в 2015-2030 гг. предусматривает основную цель: доступность и качество медицинской помощи.

На мой взгляд, такая стратегия должна формироваться на трех основных принципах. Первый – от здоровья каждого конкретного человека к здоровью нации. Второй – от лечения больных к сохранению здоровья здоровых. Третий – принцип солидарности при оказании медицинской помощи: медицинская помощь должна быть доступной для всех слоев населения, вне зависимости от материального положения.

— наука и практика —

При этом рассматривать здоровье на любом уровне (от конкретного человека до масштабов государства) необходимо как экономическую категорию, а систему охраны здоровья – как сферу для инвестиций со всеми вытекающими для такого подхода требованиями.

Система охраны здоровья должна представляться объектом для инвестиций и как фактор экономического роста. В зависимости от этапа реализации стратегической задачи значительные размеры инвестиций могут перемещаться из одной отрасли в другую в рамках имеющихся средств (сегодня этот принцип не работает). В настоящее время мы тратим миллионы рублей на дополнительные меры социальной поддержки и не заботимся о том, как объективно уменьшить эти затраты. Не просто отменить, а исключить необходимость в их предоставлении. С таким подходом эти расходы у нас будут только расти.

Защита объемов инвестиций по разделу «Охрана здоровья» должна строиться по принципу бизнес-планирования, с оценкой социального и экономического эффекта (на бумаге прописано, по факту не работает), с персональной ответственностью соответствующего руководителя за достижение показателей. При этом система показателей должна быть переформатирована и построена в жесткой иерархии и с четкой корреляцией этих показателей. Мое предложение: показатели для оценки эффективности работы губернатора (утвержденные Указом президента от 21.08.2012 №1199) должны быть четко увязаны с показателями эффективности государственных программ; они, в свою очередь, должны коррелироваться с показателями, прописанными в государственных заданиях учреждениям, а в каждом учреждении такая же иерархия должна быть выстроена по подразделениям, вплоть до показателей, прописанных в эффективных контрактах с работниками. На каждой ступени должна быть прописана персональная ответственность. При этом важно осознание каждым руководителем и специалистом, какую роль и ответственность в выполнении стратегической задачи несет именно он. Таким образом, для выстраивания комплексной системы с четко установленными связями и зависимостями показателей в первую очередь необходимо сформировать новую мощную систему мониторинга.

С этой целью (в рамках научной деятельности) установлены и обоснованы взаимосвязи и зависимости состояния здоровья социума с факторами социально-экономического развития (*Схема 1*). Выявлены и обоснованы внешние (окружающая среда, здания, оборудование, социально-экономические, степень государственного вмешательства в экономику) и специфические (биологические, поведенческие, технологические, социальная структура населения,

условия труда и быта) факторы и условия развития системы здравоохранения (*Таблица 1*).

Считаю, что принцип единого целеполагания должен быть внедрен и в работу других организаций, прежде всего – контролирующих органов. Сегодня работа всей системы здравоохранения, начиная с подготовки кадров и заканчивая непосредственным оказанием медицинской услуги, строится не по принципу «конечный результат и качество услуги», а по принципу «как на это посмотрит прокурор». Нужно отменить палочную систему.

Важнейшим инструментом повышения экономической и социальной эффективности реализации Стратегии является программа мер, направленных на повышение ответственности граждан за состояние своего здоровья, а работодателей – за состояние здоровья сотрудников. Такое поручение министерству здравоохранения дал премьер-министр России Дмитрий Медведев. В поручении говорится, что Минздраву совместно с заинтересованными федеральными органами власти следует представить предложения по дополнительным мерам, направленным на повышение ответственности населения за состояние своего здоровья, а также предусмотреть меры по повышению ответственности работодателей за состояние здоровья работников.

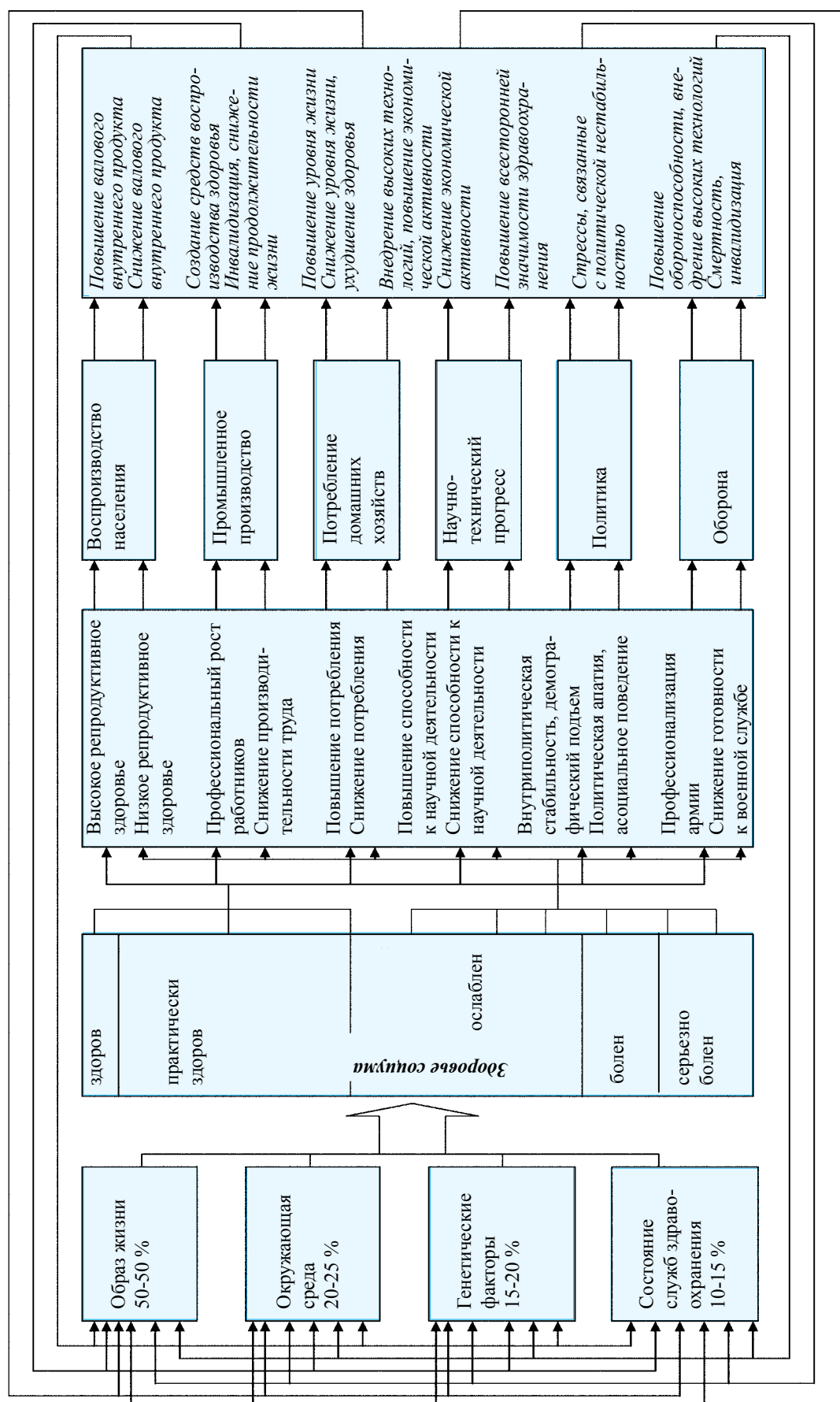
Повышение ответственности граждан за состояние своего здоровья в совокупности с расширением страховых принципов в системе медицинского страхования предполагает проработку вопросов установления порядка, условий и правил добровольного медицинского страхования, дополнительного к обязательному, которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Это приведет к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

Рассмотрение здоровья как составляющей человеческого потенциала предполагает участие в его сохранении и восстановлении не только вышестоящих ведомств и организаций, но и (даже прежде всего!) самого человека и, по моему мнению, его работодателя, использующего этот потенциал. Должна быть создана эффективная система мотиваций для сохранения здоровья отдельно для граждан, отдельно для работодателя. На сегодня попытки внедрения отдельных элементов этой системы уже есть. Считаю, имеет право на жизнь идея «ОМС+», предполагающая возможность граждан покупать

Схема 1

Взаимозависимость и взаимосвязь состояния здоровья общества с факторами социально-экономического развития



науча и практика

**Система характеристик, критериев и показателей развития
здравоохранения и социально-экономического развития региона**

Таблица 1

Категория	Группа	Наименование	
		Социально-экономическое развитие региона	Здравоохранение региона
1	2	3	4
Системные характеристики (параметры)	Технико-экономический уровень	- природно-климатические и экологические свойства, - сложившиеся системы технических коммуникаций, - моно / многопрофильность экономики	- материально-техническая база здравоохранения, оснащенность основными фондами, - наличие оборудования и технологии для его эффективного использования, - информатизация, инновации
	Социально-экономический уровень	- формы социальной организации жителей региона (производственные, управленческие, инфраструктурные, общественные и др.), - интеллектуальные ресурсы региона	- количественный и качественный состав трудовых ресурсов здравоохранения (укомплектованность кадрами, уровень квалификации врачей и т.д.), - ряд факторов, влияющих на него (общий уровень оплаты труда, в т.ч. различных категорий медицинских работников, их социальная защита)
	Организационно-хозяйственный уровень	- экономическая, финансовая, производственная и социальная инфраструктура региона, - нормативно-правовая база региона, - нормы и ценности основных социальных групп и слоев	- инфраструктура медицинских организаций региона, - нормативно-правовая база (федеральный, региональный и муниципальный уровни) и ее совершенствование, - финансово-экономические механизмы здравоохранения региона
Системные эффекты, критерии оценки	Синергетический эффект	- увеличение объема произведенной конечной продукции к ВВП	- первичной и общей заболеваемости, - снижение уровня первичного выхода на инвалидность
	Эмерджентный эффект	- увеличение доли расходов на развитие инфраструктуры (производственной, социальной, финансовой, организационной и т.п.) региона в ВВП	- снижение доли стационарной помощи; - увеличение доли стационарозамещающей помощи в общем объеме медицинской помощи
	Мультипликативный эффект	- значительное увеличение ВВП вследствие целевых инвестиций	- снижение финансовых затрат на одну единицу медицинской помощи (законченный случай комплексного лечения) в сопоставимых ценах

отдельные виды услуг в форме дополнительного полиса (прежде всего это сервисные услуги, не входящие в Программу государственных гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи, далее – ППГ). Однако на сегодня у нас отсутствует соответствующая инфраструктура. Тем не менее в качестве эксперимента это направление можно начинать реализовывать.

Считаю, мотивацию гражданина мог бы существенно повысить перевод части налога на ОМС из общего фонда оплаты труда предприятия в заработную плату каждого сотрудника, с предоставлением возможности управлять этой составляющей уже своей заработной платы. Ее размер должен зависеть от суммы заработной платы и отношения гражданина к своему здоровью (например: если работник

регулярно проходит диспансеризацию, сумма налога уменьшается, если он этого не делает и при этом идет увеличение потребления бесплатной медицинской помощи – сумма налога увеличивается).

С работодателями также необходимо проводить мотивационную и разъяснительную работу. Первое направление будет связано с дифференциацией части налога на ОМС в зависимости от того, как выстроена на предприятии здравоохранительная политика. Второе направление, которое я предлагаю возложить на страховые компании, должно заключаться в проведении работы по мониторингу состояния здоровья в коллективах и разъяснению работодателю вопросов об экономических потерях, связанных с низкой производительностью труда, болезнями работников, преждевременным выходом на пенсию (инвалид-

— наука и практика —

ность) или смертью работника. Такую методическую базу я готовлю в рамках своей научной работы и, например, расчет экономического ущерба для предприятия, не проводившего вакцинацию от гриппа, мы уже реализуем.

В Красноярском крае стоимость программы государственных гарантий на 2015 год составила 45,6 млрд рублей, в том числе на выполнение программы обязательного медицинского страхования 38,9 млрд рублей. Однако на сегодняшний день фактический дефицит ПГГ достаточно серьезен. Стоимость ПГГ не соответствует фактической потребности здравоохранения в финансовом обеспечении. Дефицит ПГГ при высокой доле теневого бизнеса в сфере медицинских услуг является одной из основных проблем государственной системы здравоохранения в России.

По оценкам экспертов, размер платежей за оплату медицинских услуг по «серым» и «черным» схемам составляет до 50% от Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Самыми распространенными схемами получения платежей в медицине являются:

1. «Платные услуги» в стенах государственных медицинских учреждений, доход от производства которых в основном уходит не на развитие лечебно-профилактического учреждения, а распределяется среди узкого круга работников администрации ЛПУ.

2. Создание частных структур при государственных клиниках или рядом с ними, когда потоки пациентов перенаправляются для получения частной медицинской помощи. При этом имеющиеся технические мощности, интеллектуальный потенциал государственных клиник в полном объеме не используются.

3. «Благодарность врачам» – деньги, которые получает медицинский персонал от пациента за оказанную услугу.

Доля «благодарственных» платежей в официальной заработной плате врача составляет в среднем около 30%. Денежные средства, которые ежедневно приносят пациенты в качестве теневых платежей за медицинские услуги, в конечном итоге могли бы полностью ликвидировать дефицит Программы государственных гарантий на территории Красноярского края.

Программы добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования направлены на переход к цивилизованному способу взаимодействия участников в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования. Они позволяют не только привлечь в здравоохранение дополнительные финансовые средства, но и предоставить населению возможность выбора дополнительных медицинских

услуг, а также уровня сервиса и условий предоставления медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС.

Поэтапный рост объемов дополнительных страховых продуктов в долгосрочной перспективе позволит отказаться от оказания платных медицинских услуг медицинскими организациями – участниками базовой программы ОМС.

Реформирование системы ОМС с помощью внедрения нового вида дополнительного медицинского страхования «ОМС+» таким образом, чтобы упорядочить платные медицинские услуги, сократить серые и черные платежи и сделать сооплату гражданами и/или их работодателями медицинских услуг не обременительной, а именно страховой, позволит управлять дополнительными финансовыми потоками и выполнить обязательства увеличения заработной платы медицинским работникам по «дорожной карте». Медицинские учреждения получают законный, дополнительный источник доходов, который можно использовать на развитие материально-технической базы.

В настоящее время не все государственные лечебные учреждения (как стационары, так и поликлиники) работают с добровольным медицинским страхованием по двум основным причинам:

1) все основные медицинские услуги включены в обширную программу госгарантий, за счет ДМС можно обеспечить только сервисными услугами (палаты повышенной комфортности, прием в вечернее время и выходные дни, внеочередное обслуживание врачами-специалистами и др.);

2) лечебные учреждения предпочитают не использовать в настоящее время софинансирование оплаты медицинских услуг (один канал – ОМС, расширение – ДМС). Если пациенту требуется оказание медицинских услуг и у него есть полис ДМС, вся оплата будет за счет ДМС. Поэтому новация Минздрава России по введению «ОМС+» весьма полезна и своевременна.

Реализованный проект «ОМС+» заставит всю систему здравоохранения работать четко, с максимальной отдачей.

Запуск проекта «ОМС+» возможно начать именно сейчас, так как в стране уже накоплен богатый опыт взаимодействия медучреждений, работающих граждан, их работодателей и страховых компаний при оказании услуг по добровольному медицинскому страхованию (ДМС). При этом будет обеспечен достойный сервис застрахованным и гарантирован системный контроль качества оказанных медицинских услуг.

— наука и практика —

Кроме того, полагаю, что в Стратегии развития здравоохранения рационально было бы усилить идею развития профессиональных некоммерческих организаций не только за счет объединений медицинских организаций и врачей, но и некоммерческих объединений страховых организаций, а в перспективе – и саморегулируемыми организациями страховых компаний, сформированных в том числе по территориальному принципу.

Цель Стратегии развития здравоохранения – соблюдение принципа солидарности при оказании медицинской помощи: медицинская помощь должна быть доступной для всех слоев населения вне зависимости от материального положения, при этом финансироваться она должна за счет страховых взносов на ОМС. Но граждане должны иметь право и возможность получить дополнительные и востребованные медицинские и сервисные услуги для себя и для членов своей семьи при приобретении полиса «ОМС+».

Эффективность подобного подхода к построению системы здравоохранения уже зарекомендовала себя в опыте развитых европейских государствах.

Так, например, медицинское страхование в Германии включает два существенно отличающихся вида страхования. Один из них является обязательным и имеет социальную направленность. Другой вид страхования представляет собой добровольное страхование, организуемое и осуществляемое по индивидуальному принципу.

Обязательное медицинское страхование является государственным, устанавливается и регулируется законами страны. Им охвачена основная часть населения – до 90%. Финансирование осуществляется главным образом за счет поступлений от застрахованных наемных работников (с уровнем дохода, не превышающим 49 950 евро), их работодателей, а также от государства (в форме субсидий). У наемного работника нет выбора, страховаться в этой системе или нет. Однако он свободен в выборе страховой компании, которые называются «больничными фондами» и контролируются органами страхового надзора. Функция системы государственного обязательного медицинского страхования заключается в достижении сбалансированности расходов на лечение в рамках солидарного общества посредством перераспределения расходов между страхователями, отличающимися возрастом и уровнем дохода. Сбор страховых премий производится централизованно: работник информирует отдел кадров работодателя о факте обязательного страхования. Работодатель вычитает из заработной платы работника 7,9%, добавляет к ней долю работодателя – 7% и переводит эту сумму в больничный фонд. При принятии на страхование оценка рисков не производится.

Страхователю предоставляется, как правило, общая палата и необходимая медицинская помощь в пределах установленных рамок.

Добровольное страхование имеет индивидуальный, частный характер. Охватывает около 10% населения. Категории застрахованных: наемные работники с годовым доходом, превышающим 49 950 евро, отказавшиеся от государственного обязательного медицинского страхования, индивидуальные предприниматели и коммерсанты, лица свободных профессий (адвокаты, художники и т.д.), государственные служащие (государство финансирует 50-80% медицинских расходов, остальную часть премии оплачивает страхователь), пенсионеры с высоким доходом, члены семей страхователей, не имеющие собственного дохода, но готовые заплатить необходимую страховую премию. Принятие на страхование зависит от результатов оценки риска. Размер премии зависит от пола, возраста, состояния здоровья страхователя и других факторов. Услуги предоставляются исходя из критериев, указанных в договоре, в соответствии с выбранной программой страхования. Возможен выбор лечения в односторонней палате (в случае наличия свободных односторонних палат в госпитале), консультация главного врача. Существует также возможность выбрать страховые продукты с размещением в общей палате на двух или более пациентов. В этом случае страховка будет стоить дешевле. Страховые продукты мобильны, могут изменяться в соответствии с требованиями текущего момента. Страховые компании, работающие на рынке частного медицинского страхования, непосредственно не ограничивают объем оказываемой медицинской помощи. Застрахованный должен сам следить за тем, чтобы необходимые ему медицинские услуги покрывались объемом страхования по договору, а значит, самостоятельно решать, какая форма лечения или обследования ему больше подходит.

Таким образом, если в обязательном медицинском страховании пациент не информируется о расходах на собственное лечение, то в ДМС он вынужден самостоятельно соизмерять его со стоимостью страхового возмещения. Это необходимо также и потому, что все расходы свыше страховой программы не компенсируются страховой компанией и оплачиваются самим застрахованным. В целом, в отличие от ОМС, добровольное медицинское страхование предлагает более высокую степень самостоятельности пациента и одновременно большую его ответственность. Если гражданин желает оставаться застрахованным в государственном страховании, но при этом хочет бесплатно использовать другие дополнительные медицинские или сервисные услуги, то он может купить полис дополнительного медицинского страхования, по которому будут возмещаться дополнительные риски, не гарантируемые государством.

— наука и практика —

В то же время если во время периода страхования страховой случай не наступил, то часть выплаченной страховой премии возвращается на счет страхователя.

Используя опыт других стран, а также существенный научный потенциал Красноярского края, возможно в кратчайшие сроки разработать методологическую, методическую и правовую основу реализации своевременного государственного проекта, что позволит в ближайшей перспективе получить дополнительные источники финансирования «Стратегии развития здравоохранения на 2015-2030 гг.» и реализовать проект «ОМС+»

Направления реализации проекта «ОМС+»

Сегодня и работодатель, и сам работник относятся к благам, производимым в сфере здравоохранения, потребительски, не считая прямых и косвенных выгод от реализации принципа «здоровье – сфера для инвестиций».

С работодателями также необходимо проводить мотивационную и разъяснительную работу.

Нами разработана система мониторинга состояния здоровья работников организации и предложения для работодателя по формированию, совместно со страховой организацией, программ оздоровления.

Необходимо отметить, что отдельные мотивирующие работодателя факторы уже действуют. Так, с 1 января 2015 г. Минтруд включил спортивные и физкультурно-оздоровительные мероприятия в перечень обязательных мер по охране труда.

Типовой перечень ежегодно реализуемых работодателем мероприятий по улучшению условий и охраны труда и снижению уровней профессиональных рисков был дополнен мероприятиями, направленными на развитие физической культуры и спорта работающего населения. При этом, в соответствии со ст. 226 Трудового кодекса РФ, финансирование мероприятий по улучшению условий и охраны труда осуществляется работодателями в размере не менее 0,2% суммы затрат на производство продукции (работ, услуг). Конкретный перечень мероприятий составляется индивидуально для каждой компании, и если нет каких-либо обязательных мероприятий (например, закупки спецодежды), то трудовые коллективы могут предложить своему работодателю выделенные деньги направить на оплату занятий фитнесом и спортом. Ведь итоговый перечень работодатель обязан согласовать с профсоюзом или другими представителями трудового коллектива.

Плюсом данного нововведения является то, что раньше любые суммы на спорт для сотрудников работодатель должен был тратить только из прибыли.

А теперь – и из расходов. То есть работодатель все затраты на меры по охране труда может положить на себестоимость продукции, что является хорошим стимулом.

Специалисты ЗАО МСО «Надежда» разработали методику исследования финансовых потерь в связи с обращением в медучреждения работников организации и рекомендации по оздоровлению и использованию включенных в перечень обязательных мер по охране труда спортивных и физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Считаю обязательным отказ всех государственных медицинских учреждений от платных медицинских услуг. Оплату за дополнительную медицинскую помощь сверх Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи будут производить страховые компании по реестрам полисов ДМС. Кроме того, на страховые компании возлагается контроль за качеством лечения. Контроль качества медицинской помощи и соблюдения правил предоставления сервисных услуг должна осуществлять та компания, которую выбрал гражданин или работодатель для страхования по программе «ОМС+».

Цена полиса ДМС, в рамках проекта «ОМС+», должна регулироваться Правительством РФ и различаться в зависимости от доходов гражданина и его отношения к своему здоровью. В цене полиса должны быть учтены различные факторы и показатели, начиная с состояния здоровья и набора услуг. Перечень услуг, таких как: персональный дистанционный мониторинг здоровья; совет врача по видеосвязи; маршрутизация пациентов и персональное сопровождение в поликлинике; консультации врачей-специалистов на дому, явно недостаточен и требует дальнейшей доработки. По нашему мнению, необходимо включить в программы страхования «ОМС+» следующие услуги:

- услуга семейного врача;
- расширенный перечень диагностических исследований, предоставляемых без ожидания;
- сервисные услуги в стационаре: одно-, двухместные палаты, круглосуточные услуги сиделки, организация индивидуального питания, предоставление возможности доступа к сети Интернет и т.п.

Подход к определению состояния здоровья через его субъективные оценки, такие как наличие вредных привычек (курит, не курит и т.д.), считаю мало реализуемым, так как данные факты, как правило, нигде не зафиксированы. В этом случае можно верить человеку только на слово. Предлагаем в качестве одного из элементов определения стоимости полиса

— наука и практика —

«ОМС+» использование итогов диспансеризации граждан. Кроме того, для более объективного определения цены полиса «ОМС+» может быть использована аналитическая информация о количестве и поводах обращения гражданина за медицинской помощью.

Если в течение периода страхования у гражданина не наступил страховой случай, предусмотренный программой «ОМС+», то возможно предоставление скидки при страховании на следующий период либо возврата части страхового платежа на счет страхователя.

Важной составляющей для успешной реализации проекта является организация инфраструктуры для предоставления сервисных услуг (отдельные палаты, отдельный вход или приемный покой в стационарах, сопровождение и разделение потоков пациентов в поликлиниках).

Предполагается массовый характер участия населения в проекте. Особую роль в этом процессе должны играть руководители организаций, обеспечивая условия для реализации необходимых мероприятий либо выступая в качестве непосредственного страхователя. Приобрести полис ДМС индивидуально, в рамках проекта «ОМС+», сможет каждый.

Все жители Красноярского края должны быть проинформированы о возможности и необходимости приобретения полиса ДМС и преимуществах программы «ОМС+».

Заинтересованные в сохранении здоровья своих сотрудников работодатели могут обеспечить их этой страховой услугой по коллективному договору ДМС со страховой компанией. Дополнительной услугой для работодателей может быть мониторинг состояния здоровья коллектива, который может включать как бесплатные услуги, предусмотренные базовой ППГ (диспансеризация) – ОМС, так и сервисные – «ОМС+»: полная организация и сопровождение диспансеризации в поликлинике, по результатам которой будет разработана и предложена руководителю программа оздоровления коллектива, причем разработана индивидуально для каждой категории работников предприятия с учетом профессиональной специфики. Выгода для работодателя – сокращение потерь рабочего времени и производительности труда, а также сохранение кадрового потенциала сотрудников.

Проекту «ОМС+» потребуется общественная поддержка на местах, а также активное участие в его реализации органов власти. Для этого необходимо создать Общественный совет при губернаторе Красноярского края, в работе которого примут участие Союзы медицинских страховщиков, Союзы защиты

прав пациентов, а также профессиональные объединения медицинских организаций и иные некоммерческие объединения, занимающиеся вопросами реализации медицинского страхования.

Создание и активное участие саморегулируемых объединений медицинских организаций и страховых организаций, осуществляющих медицинское страхование, на всех стадиях разработки и внедрения проекта «ОМС+», необходимо не только для активного обсуждения проекта, но и для организации системы контроля качества.

Участники саморегулируемых организаций кровно заинтересованы в контроле качественного предоставления медицинской помощи и страховых услуг, так как при недобросовестной конкуренции и/или некачественном оказании услуг одним из участников объединения пострадает имидж, да и финансовое положение всех остальных участников сообщества. Поэтому нам еще многое предстоит сделать и в правовой, и организационно-экономической сфере, чтобы сказать, что модель здравоохранения – страховая. Очередные, на мой взгляд, эффективные и не требующие финансовых вливаний предложения я изложил здесь.

МАССОВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ



Т.Г. Шиврина

АВТОРЫ

Т.Г. Шиврина¹,
Е.А. Попова^{1,2}

1. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

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

Введение: Метиловый спирт (CH_3OH) – простейший одноатомный спирт. Бесцветная, прозрачная, летучая жидкость с характерным «спиртовым» запахом. Смешивается во всех отношениях с водой, эфиром, этиловым и другими высшими спиртами. Хороший растворитель жиров, липидов, масел и других органических веществ. Легко воспламеняется от искр и пламени. Относительная плотность – 0,792, температура кипения 66,00 С [3,4]. Применяется в производстве фотопленки, различных аминов, поливинилхлоридных, карбамидных и ионообменных смол, красителей и полупродуктов; в виде растворителя, в том числе в лакокрасочной промышленности; для получения формальдегида; для синтеза различных органических соединений, денатурированного этилового спирта; для производства уксусной кислоты, натриевой соли нитрилтриуксусной кислоты. В быту запрещены к продаже жидкости, содержащие метиловый спирт (1, 2), однако он встречается в несертифицированных жидкостях для омывателей стекол автомобилей и в жидкости для розжига [3,4].

При попадании внутрь метанол быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта – резорбция завершается в течение первого часа после приема яда. Смертельная доза составляет от 30 до 250 мл. Среднее значение смертельной концентрации яда в плазме взрослых составляет 1 г/л [3,4].

Метанол, как и этанол, метаболизируется в печени идентичной группой ферментов (алкогольдегидрогеназа, альдегиддегидрогеназа), но при скорости, составляющей 1/7 - 1/5 скорости метаболизма этилового спирта. Метаболизм протекает по типу «летального» синтеза – с образованием более токсичных метаболитов: формальдегида, который в 33 раза токсичнее исходного продукта, и муравьиной кислоты. Формальдегид частично связывается с белками, а частично окисляется до муравьиной кислоты [3,4].

Формальдегид преимущественно воздействует на зрительный нерв, вызывая демиелинизацию нервных волокон. Муравьиная кислота ингибирует тканевое дыхание, а также, являясь кислотой, приводит к ацидозу. Ацидоз при отравлении метиловым спиртом резистентный к коррекции [3,4].

Клиническая картина отравления метиловым спиртом характеризуется триадой симптомов: расстройством зрения, болями в желудке и декомпенсированным метаболическим ацидозом; динамичностью и фазностью развития. Степень тяжести отравления всегда находится в прямой зависимости от выраженности ацидоза [3,4].

Начальный период напоминает обычное алкогольное опьянение, но менее выраженное, чем при приеме аналогичных доз этилового алкоголя. Продолжительность опьянения метиловым спиртом может колебаться от 1-2 до 12 и более часов. Эта фаза отравления завершается глубоким сном, после которого пострадавшие чувствуют себя вполне удовлетворительно [3,4].

Скрытый период, или период мнимого благополучия, наступает вслед за опьянением. Индивидуальные колебания бессимптомного (латентного) периода достаточно значительны – от 6 до 44 часов, что соответствует метаболическим превращениям метанола в организме, и до определенного предела, обусловленного буферным резервом кислотно-щелочного состояния (КЩС), клинически никак себя не проявляет [3,4].

Период выраженных клинических проявлений характеризуется внезапным появлением симптомов ток-

— наука и практика —

сического гастрита (тошнота, повторная рвота, боли преимущественно в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки); расстройством зрения (мелькание мушек, белая пелена перед глазами, яркие вспышки света, двоение, неясность видения, слепота); при этом клинически со стороны органа зрения наблюдается мидриаз, вялая реакция зрачков на свет или ее отсутствие; нарастают симптомы токсической энцефалопатии с головными болями и головокружением; психомоторное возбуждение, оглушение и спутанность сознания, кома. При тяжелых интоксикациях быстро прогрессирует острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. Наблюдаются такие осложнения, как токсическая миокардиодистрофия, гепатопатия, нефропатия, пневмония, острый панкреатит, отек легких и головного мозга. Поражения паренхиматозных органов наблюдаются нередко, но выражены они, как правило, весьма умеренно, не достигая степени острой печеночной или почечной недостаточности [3,4].

Ведущим последствием отравления метанолом (у выживших пациентов) является полная или частичная атрофия зрительного нерва, энцефалопатия с астенизацией, психоорганический синдром [3,4].

В отделение для больных с острыми отравлениями за последние пять лет с отравлением метиловым спиртом госпитализировано 52 человека. 2011 году 1 пациент, в 2013 году – 3, в 2014 году – 2, в 2015 году – 46. Пострадавшие употребляли внутрь в качестве алкоголя для достижения состояния опьянения: жидкость для омывателей стекол автомобиля («незамерзайка») – 8 человек; жидкость для розжига – 1 человек; 43 человека, госпитализированных в период с 19.11.2015 по 28.11.2015 употребляли в качестве алкогольного напитка виски «Джэк Дэниэлс».

Цель: Провести анализ случаев массового отравления метиловым спиртом в Красноярске в ноябре 2015 года.

Материалы и методы исследования: ВВ результате массового отравления метанолом в Красноярске в ноябре 2015 года госпитализировано 43 пострадавших: 29 мужчин и 14 женщин. Социальный статус:

Возрастная характеристика пострадавших

Таблица 1

Число пострадавших (количество лет)					
до 18	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60
4	6	20	7	2	4

12 учащихся, 13 работающих, 18 официально не работающих (табл. 1).

Все пострадавшие госпитализированы в период выраженных клинических проявлений, с экспозицией от одних до четырех суток. С отравлением средней степени тяжести – 6 человек, с отравлением тяжелой степени (генерализованной) – 37 человек.

Результаты исследования: Степень нарушения сознания: оглушение – 33 человека; оглушение, сменяющееся психомоторным возбуждением и углублением расстройства сознания до сопора и комы, с нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью – 4; сопор и кома на момент госпитализации – 6 (табл. 2).

Пациенты, доступные контакту, предъявляли жалобы на тошноту, дискомфорт в эпигастрии, расстройство зрения (пелена перед глазами, вспышки света, снижение остроты зрения), периоды затрудненного дыхания, чувство тяжести во всем теле, слабость, головокружение.

В лабораторных показателях у большинства пациентов обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз без сдвига формулы, повышенный гематокрит, гипонатриемия, выраженный ацидоз (у 80% пострадавших pH ниже 7.24, с самым низким значением pH = 6.8), лактатемия до 15 ммоль/л, дефицит оснований от – 3 до – 28.

Проведено исследование крови и мочи методом газовой хроматографии на наличие спиртов, обнаружен пик метанола у всех больных с экспозицией до 3 суток.

Отдельные показатели КЩС и степени расстройства сознания у пациентов

Таблица 2

Степень нарушения сознания на момент госпитализации	Оглушение	Оглушение, сменяющееся возбуждением и угнетением сознания до сопора или кома	Сопор-кома
Кол-во больных	33	4	6
Кол-во умерших	0	2	5
pH	7.04 - 7.32	6.8 - 7.12	6.8 – 6.9
Лактатемия	0.8 – 6.9 ммоль/л	11.2- 15 ммоль/л	11.4 – 18. 8 ммоль/л
BE	От -3 до - 22	От -17 до - 28.5	От - 20 до – 28

Некоторые клинические и лабораторные показатели у больных с атрофией зрительного нерва

Таблица 3

	Экспозиция	pH	Лактатемия	Сознание
1 пациент	3 дня	7,04	3,9 ммоль/л	Легкое оглушение
2 пациента	1 день	7,12	15 ммоль/л	Оглушение, сменяющееся возбуждением и угнетением сознания до сопора
3 пациента	3 дня	7,3	3,6 ммоль/л	Легкое оглушение

Токсическая нейрооптикопатия диагностирована у 19 больных при осмотре консультантом-офтальмологом. В результате проведенного офтальмологами лечения у 16 пострадавших наблюдалось обратное развитие токсического неврита с улучшением остроты зрения, у 3 – значительное падение остроты зрения, выпадение полей зрения по центру (центральные скотомы, обусловленные частичной атрофией зрительного нерва) (табл. 3).

У 17 пациентов имелись проявления токсической кардиомиопатии различной степени тяжести, которая проявлялась в виде ишемических изменений на ЭКГ; брадикардией до 50 ударов в минуту, в тяжелых случаях – шоком; в ряде случаев – без клинических проявлений.

Всем пострадавшим проведены: антидотная терапия этиловым спиртом из расчета 2 г/кг в сутки (3) продолжительностью от 1 до 5 суток, форсированный диурез, коррекция декомпенсированного метаболического ацидоза введением 5% гидрокарбоната натрия под контролем КЩС крови, терапия глюкокортикостероидами, индивидуальная посиндромная терапия, включающая респираторную поддержку и медикаментозную кардиостимуляцию норадреналином или допамином.

В результате проведенного комплексного лечения из 43 пострадавших от отравления метиловым спиртом:

1. Выписано в удовлетворительном состоянии – 32 пациента.
2. Выписаны с частичной атрофией зрительного нерва с формированием абсолютной центральной скотомы и снижением остроты зрения до сотых – 3 пациента.
3. Выписана с полной потерей зрения, энцефалопатией, психоорганическим синдромом – 1 пациентка.

Число умерших в стационаре – 7 человек. Летальность – 16,2%, превышает на 3,2% средний показатель больничной летальности по России при отравлении метиловым спиртом вне массовых отравлений.

Сочетание выраженного ацидоза (pH ниже 7.0) с лактатемией выше 11.0 ммоль/л является прогно-

стически неблагоприятным по исходу отравления метиловым спиртом (3).

Выводы:

1. Развитие нейрооптикопатии с атрофией зрительного нерва не зависит от экспозиции, лактатемии, выраженности ацидоза.
2. Прогностически неблагоприятным по исходу отравления метиловым спиртом (летальный) является сочетание выраженного ацидоза с лактатемией.
3. Показатель летальности превысил на 3,2% среднюю больничную летальность по России при отравлении метиловым спиртом.
4. Для проведения ранней антидотной терапии и экстракорпоральной детоксикации при острых отравлениях необходима экстренная верификация яда с количественным определением его в биосредах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23 мая 2000 г. № 4 «О запрещении использования стеклоомывающих жидкостей, содержащих метиловый спирт (метанол)»
2. Об усилении контроля за применением стеклоомывающих жидкостей. Письмо МЗиСР РФ, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 15 марта 2006 г. № 0100/2769-06-32.
3. Федеральные клинические рекомендации «Токсическое действие метанола и гликолей (этиленгликоля). «Ассоциация клинических токсикологов». Президент академик РАМН, доктор медицинских наук Е.А. Лузжиков. 2013 год. Одобрено: Главный специалист-токсиколог Минздрава России Ю.Н. Остапенко.
4. «Клиническая токсикология детей и подростков». Том 2, под редакцией д.м.н. профессора И.В. Марковой, д.м.н. В.В. Афанасьева, д.м.н., профессора Э.К.Цыбулькина. 1999 год. Издательство «Интермедика», Санкт-Петербург.

ВНЕДРЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КАТЕТЕРОВ В БСМП



О.В. Чурай

АВТОРЫ

**О.В. Чурай,
М.А. Ворчак**

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Современный уровень оказания медицинской помощи невозможен без инфузионной терапии, основанной на введении в кровотоки растворов и лекарственных препаратов. Внутривенное введение инфузионных растворов и лекарственных препаратов во многих случаях является необходимым компонентом комплекса лечебных мероприятий пациентов нашей больницы. Хорошо выбранный венозный доступ – существенный момент успешной внутривенной терапии.

В прошлые времена медицинские сестры осуществляли внутривенное введение лекарственных средств капельно и болюсно с помощью инъекционной иглы или иглы Дюфо. Это нередко приводило к различным осложнениям (гематомам, развитию некроза мягких тканей при паравенозном введении агрессивных лекарственных средств и др.).

Также широкое применение в отечественной медицинской практике занимала катетеризация центральных венозных сосудов, что объяснялось недостаточным опытом применения периферических венозных катетеров (ПВК) и ухода за ними, а также отсутствием на рынке медицинского оборудования периферических катетеров из высококачественных материалов.

Применение ПВК – более безопасный и надежный альтернативный способ проведения инфузионной терапии, обеспечивающий длительный доступ к венозной системе пациента.

В настоящее время, благодаря широкому использованию периферических венозных катетеров, и в России наблюдается тенденция к увеличению доли катетеризации периферических вен по сравнению с катетеризацией центральных венозных сосудов.

Ни одно анестезиологическое пособие в БСМП не проходит без венозного доступа, при котором используются периферические катетеры. Примером может служить статистика применения ПВК в анестезиологическом отделении (таб. 1).

Прирост числа катетеризаций периферических вен за два года составил фактически 11% (с 10 422 до 11 568).

**Трехгодичная динамика катетеризации периферических вен
в анестезиологическом отделении КМКБСМП**

Таблица 1

Годы	Катетеризация центральных вен		Катетеризация периферических вен	
	Абс.	Уменьшение по сравнению с 2013 годом	Абс.	Прирост к 2013 году
2013	1150		10422	
2014	1090	- 5,3%	10546	+1,2%
2015	863	- 25%	11568	+ 10,9%

науча и практика

При выборе места катетеризации необходимо учитывать предпочтения пациента, простоту доступа к месту пункции и пригодность сосуда для катетеризации. Внутривенный катетер необходим прежде всего для того, чтобы не приходилось постоянно прокалывать многократно стенку вены, так как от этого она травмируется, воспаляется и на ее поверхности могут образовываться тромбы.

Периферический катетер позволяет надежно обеспечить проведение инфузионной терапии в течение 2-3 суток. Этого срока, в большинстве случаев, вполне достаточно для устранения тяжелых волевических и электролитных расстройств.

Медицинские сестры анестезиологического отделения устанавливают периферические венозные катетеры всем пациентам, поступающим в операционный блок. В выборе вены они ориентируются не только на вид предстоящей операции и характер последующей инфузии, но и на удобство в работе.

Преимущества показаний к катетеризации периферических вен:

- 1) поддержание или коррекция водного и электролитного баланса;
- 2) частое внутривенное введение лекарственных средств (струйное введение антибиотиков);
- 3) инвазивный мониторинг кровяного давления;
- 4) доступ в кровяное русло при неотложных состояниях (быстрый венозный доступ при необходимости экстренного вливания лекарственных средств или для достижения большой скорости введения растворов);
- 5) переливание крови и ее компонентов;
- 6) парентеральное питание (кроме введения питательных смесей, содержащих липиды);
- 7) оперативное вмешательство (наркоз);
- 8) регионарная анестезия.

Катетеризация периферических вен является несложной процедурой и может выполняться квалифицированными медицинскими сестрами, имеющими соответствующие профессиональные навыки.

Однако прерогативой установления ПВК обладают медсестры отделений анестезиологии и отделений реанимации и интенсивной терапии. И хотя многим пациентам клинических отделений (особенно хирургического профиля) часто требуется объемная инфузионная терапия, большинство процедурных и палатных медсестер методикой данной манипуляции не владеют, так как «получают» пациентов с уже установленными ПВК во время операции или пребывания в реанимационном отделении. В случае, когда пациенту, поступившему непосредственно в отделение, требуется частая и объемная инфузия, медсестра приглашает для установления ПВК более опытную медсестру из отделения анестезиологии.

Несколько медицинских сестер-анестезистов КМКБСМП прошли курсы повышения квалификации по теме «Безопасность медицинского персонала и пациента при проведении инфузионной терапии в ЛПУ» на выездном цикле «ЭСКУЛАП АКАДЕМИИ» г. Санкт-Петербурга. Они имеют сертификат, дающий право обучать других медицинских сестер установлению периферических катетеров и ухода за ними.

В ближайшее время планируется проведение общепольничной конференции по обучению процедурных медицинских сестер постановке периферических катетеров, с демонстрацией мастер-класса, который проведут медицинские сестры-анестезисты.

Несмотря на то что катетеризация периферических вен значительно менее опасная процедура по сравнению с катетеризацией центральных вен, она также несет в себе риск осложнений, как и любая процедура, нарушающая целостность кожного покрова.

Наиболее частыми причинами неудач и возникновения осложнений при катетеризации периферических вен являются отсутствие практических навыков и нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним. Следовательно, благодаря хорошей манипуляционной технике медсестры, строгому

Применение катетеров различного размерного ряда

Таблица 2

Размер	Цвет	Скорость потока мл/мин.	Применение
14G	оранжевый	330	Быстрое переливание больших объемов крови и вязких препаратов
16G	серый	196	Быстрое переливание больших объемов крови и жидкости
17G	белый	128	Переливание больших объемов крови и жидкости
18G	зеленый	96	Устанавливается пациентам, которые должны подвергнуться переливанию компонентов крови
20G	розовый	61	Пациентам для длительной в/венной терапии
22G	голубой	36	Пациентам для длительной в/венной терапии, в онкологии и педиатрии
24G	желтый	22	В онкологии и педиатрии

— наука и практика —

соблюдению правил асептики и антисептики, а также правильному уходу за катетером большинство осложнений можно избежать. Следует помнить, что хорошо выбранный венозный доступ во многом обеспечивает успешность внутривенной терапии.

Алгоритм постановки периферического катетера.

1. Информировать пациента, объяснить смысл и этапы манипуляции.
2. Пациент должен занять удобное положение для проведения манипуляции.
3. Вымыть руки с мылом или обработать антисептиком.
4. Собрать стандартный набор для катетеризации периферических вен, проверив целостность упаковок и сроки стерилизации инструментария и перевязочного материала.
5. Приготовить в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов.
6. Наложить жгут.
7. Попросить пациента сжать кулак несколько раз.
8. Выбрать вену для постановки катетера.
9. Соответственно вене и порядку применения выбрать размер катетера.
10. Обработать руки кожным антисептиком.
11. Надеть чистые одноразовые перчатки.
12. Обработать место постановки катетера кожным антисептиком.
13. Вскрыть упаковку катетера.
14. Снять заглушку, положить ее в стерильный лоток.
15. Поставить катетер в следующем порядке:
 - Зафиксировать вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.
 - Ввести катетер на игле под углом к коже 30-45°, наблюдая за появлением крови в контрольной камере.
 - При появлении крови в контрольной камере уменьшить угол наклона иглы-проводника и на 3-5 мм ввести иглу в вену.
 - Зафиксировать иглу, а канюлю медленно до конца сдвинуть с иглы в вену.
 - Снять жгут.
 - Пережать вену на протяжении для снижения кровотечения, окончательно удалить иглу из катетера. Утилизировать иглу с учетом правил безопасности.
 - Подключить инфузионную систему или закрыть катетер заглушкой и промыть гепаринизированным раствором или раствором натрия хлорида 0,9%.
16. Подложить стерильную салфетку под канюлю катетера.
17. Наклеить фиксирующую повязку поверх катетера.
18. Снять перчатки в емкость для использованного материала.

19. Обработать руки кожным антисептиком.

20. Дальнейшую дезинфекцию и утилизацию использованного материала и оборудования проводить согласно действующей инструкции по утилизации медицинских отходов.

21. Задокументировать проведенную манипуляцию в Медицинской карте стационарного больного (истории болезни).

Удаление катетера

Тщательным образом вымыть руки. Снять все фиксирующие катетер повязки. Не использовать ножницы, потому что это может привести к рассечению катетера и эмболии вены срезанным участком катетера. Накрыть место установления катетера сухой стерильной хлопковой салфеткой. Удалить катетер, прижав место, где он находился, в течение 3-4 минут. Убедиться, что кровотечения нет. Если кровотечение продолжается, поднять эту конечность пациента вверх. Если необходимо, наложить стерильную повязку на участок, где находился катетер. Проверить целостность извлеченного катетера.

Следует отметить, что применение ПВК экономически выгодно (стоимость расходных материалов для катетеризации периферических вен с использованием даже двух ПВК и специальных фиксирующих наклеек гораздо дешевле, чем стоимость катетеризации центральной вены с использованием катетера высокого качества).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чен Г., Сола К. Дж., Лиллемо К. Д. *Руководство по технике врачебных манипуляций. Медицинская литература, Москва, 2002 г., 384 стр.*
2. Журнал «Провизор» №7 от 5 апреля 2007 г. Н.Б. Ярмо, Б.П. Громовик, Е.Н. Елисеева, Н. В. Галайко, *Одесский государственный медицинский университет.*

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

(по материалам урологического отделения КГБУЗ
«Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича» за 2010-2015 гг.)



А.О. Суховерхов

АВТОРЫ

А.О. Суховерхов¹,
А.Ю. Окладников²,
П.В. Говорушкин²,
О.И. Ширякова¹

1. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ
2. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

Локализация стриктур уретры

Таблица 1

Локализация	Количество обследован- ных пациентов	
Бульбозный	59	39,30%
Пенильный	35	23,30%
Мембранозный	17	11,30%
Простатический	19	12,70%
Меатус	20	13,30%
Бульбозный	59	39,30%

Введение: Одной из самых актуальных проблем современной урологии является лечение стриктур уретры. Частота встречаемости данной патологии в структуре заболеваний мочеполовой системы составляет около 6%.

В настоящее время предложено большое количество консервативных и хирургических методов коррекции, однако показатели эффективности лечения, по данным разных авторов, остаются достаточно низкими (возникновение рецидива до 30% случаев).

Цель: Провести анализ эффективности лечения стриктур уретры (по материалам урологического отделения КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» за 2010-2015 гг.).

Материалы и методы исследования: В исследование входило 150 историй болезней мужчин со стриктурами мочеиспускательного канала различной локализации. Больным проводилось как консервативное, так и хирургическое лечение.

Средний возраст пациентов – 55,4±4,5 лет. Пациентов трудоспособного возраста (от 18 до 55 лет) было 45,5%, что свидетельствует о социально-экономической значимости проблемы.

По этиологии все пациенты были разделены на следующие группы: травматическая – 89 (59,3%), воспалительная – 40 (26,7%), ятрогенная – 21 (14%).

В большинстве случаев стриктура распространялась на бульбозный и пенильный отделы мочеиспускательного канала – 59 (39,3%) и 35 (23,3%) соответственно. У 17 (11,3%) пациентов в патологический процесс был вовлечен мембранозный отдел. У 19 (12,7%) – простатический отдел уретры. Стриктура наружного отверстия уретры наблюдалась у 20 (13,3%) больных. Рецидив стриктуры встречался у 54 (36%) пациентов, в то время как 96 (64%) пациентов госпитализированы впервые. У всех пациентов собран анамнез, жалобы и проведено физикальное обследование по общепринятой методике.

При выполнении буккальной уретропластики особое внимание уделяли состоянию донорских зон. Всем пациентам проводили стандартную лабораторную диагностику. Одной из причин стриктур уретры у мужчин является резистентность микроорганизмов к антибактериальной терапии, которая при наличии острых уретритов приводит к хроническим вялотекущим формам с исходом в стриктурирование уретры [7]. Поэтому для определения бактериальной флоры проводилось культуральное исследование с целью определения чувствительности микроорганизмов к лекарственным препаратам и возможности назначения в раннем предоперационном периоде адекватной антимикробной терапии.

науча и практика

Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



При оценке результатов обращало на себя внимание преобладание грамотрицательной флоры: *Klebsiella pneumoniae* – 22%, *Escherichia coli* – 16,5% *Enterococcus faecalis* – 8,5% *Staphylococcus epidermidis* – 3,6%. В 10% случаев посев роста микрофлоры не дал.

Для диагностики стриктур уретры – определения локализации – использовали ретроградную уретрографию, соноуретрографию, урофлоуметрию, микционную цистоуретрографию, что входит в национальные рекомендации для обследования больных с данной патологией. Причем золотым стандартом диагностики стриктур мочеиспускательного канала являются ретроградная уретрография и микционная цистоуретрография [4,5]. Но отмечается, что протяженность стриктуры, определяемая при соноуретрографии, наиболее точно соответствует протяженности стриктуры, оцениваемой интраоперационно [13]. В отдельных случаях использовалась уретроскопия.

Учитывался срок формирования структуры уретры, поскольку какие-либо манипуляции можно выполнять не ранее чем через три месяца после травматического воздействия или воспалительных явлений. Такой срок необходим для окончательного формирования рубцовой ткани в зоне повреждения или в зоне разрешения воспаления, что снижает риск рецидива стриктурирования вследствие неполной резекции измененных тканей [3].

Эффективность хирургического лечения больных оценивали, учитывая следующие данные: характер осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах (рецидив стриктуры), а также изменение уродинамических показателей, измеряемых при контрольных обследованиях после проведенного лечения.

Результаты и обсуждения: Бужирование уретры. Метод применяли при коротких, проходимых для бужей стриктурах и стриктурах без выраженного спонгиоза, а также у больных с противопоказаниями к хирургическому лечению при сопутствующей патологии. Отдельно хочется акцентировать, что бужирование протяженных или множественных стриктур (более двух) пенильного отдела уретры является сугубо паллиативной процедурой. Данный вид лечения проведен у 45 (30%) пациентов. Из них 17 (37,8%) прошли без рецидива. У 28 (62,2%) пациентов в различные сроки выявлены рецидивы стриктур (в среднем через два месяца после лечения). Всем больным этой группы дополнительно назначалась Лонгидаз 3000 ЕД.

Внутренняя оптическая уретротомия (далее – БОУТ) произведена 67 (44,7%) пациентам. Данный метод лечения выполняли при стриктурах длиной от 1 до 3 см без обширного спонгиоза. При использовании БОУТ отмечали меньший травматизм, незначительную кровопотерю, возможность ранней активизации больных, небольшую долю недержания мочи, скорректированную консервативно, отсутствие осложнений, характерных для открытых операций. Кроме того, малоинвазивные методики дают возможность сокращения продолжительности оперативного вмешательства и сроков послеоперационной реабилитации [3,4,5]. Современное эндоскопическое оборудование и инструментарий делают возможным иссечение рубцовой ткани под контролем зрения и определяют БОУТ в категорию наиболее предпочтительных во всем мире методик лечения стриктур уретры [1,6,11,14,15].

Буккальная пластика выполнялась у 20 (13,3%) пациентов при протяженных стриктурах (от 5 до 15 см) пенильного и бульбозного отделов уретры (рис. 1,2,3,4,5). Особенно настораживает, что многосуточные катетеризации уретры при тяжелых состояниях пациентов, находящихся в палатах интенсивной терапии, реанимационных отделениях,

формируют «посткатетерные» стриктуры, причем именно в этих случаях стриктуры имеют наибольшую протяженность [8]. Такие стриктуры отмечались у 6-ти пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 3-х пациентов. У этих больных образовались «точечные» мочевые свищи, которые удалось закрыть уретральным дренированием на 10 дней дополнительно. В одном случае отмечалось частичное расхождение краев кожи в связи с недостаточным дренированием «подкожных» карманов – заживление вторичным натяжением. У трех пациентов отмечались короткие (до 0,2-0,3 см) резидуальные стриктуры по краям буккального анастомоза, которые потребовали проведения БОУТ. Таким образом, результативность данного метода составила 80%. Можно сделать вывод, что в настоящее время имеется тенденция к расширению показаний к буккальной пластике [9,10,15].

Пластика «конец в конец», меотомия были выполнены у 5 (3,3%) и у 13 (8,7%) больных соответственно. В послеоперационном периоде рецидивов у больных данных групп не отмечалось.

Выводы:

1. Наибольшее количество пациентов, встречающихся со стриктурами уретры, – трудоспособного возраста, что свидетельствует о социально-экономической значимости проблемы.
2. По этиологическому фактору большая часть – это больные с травматическими стриктурами уретры.
3. По локализации стриктур уретры преобладают стриктуры бульбозного отдела (39,3%) и стриктуры пенильного отдела (23,3%).
4. При исследовании посева мочи у больных со стриктурами уретры было выявлено преобладание грамотрицательной флоры, что требует раннего назначения антибактериальных препаратов, таких как цефалоспорины II поколения, фторхинолоны.
5. Особое внимание необходимо обратить на качество проведения катетеризации уретры в смежных отделах – использование силиконовых и серебросодержащих дренажей, применение адекватных лубрикантов, соблюдение оптимальных сроков удержания уретральных катетеров.

Заключение: Анализ эффективности лечения структур уретры показал, что бужирование уретры может применяться лишь в случаях наличия непротяженных стриктур без спонгиоза; в комплексе лечения должны использоваться препараты гиалуронидазы. Во всех других случаях методика бужирования является сугубо паллиативной процедурой. Внутреннюю оптическую уретротомию необходимо использовать при стриктурах уретры размерами 1-3 см без выраженного спонгиоза. БОУТ является малоинвазивным и наиболее эффективным методом лечения непротяженных стриктур уретры, позволяющим избежать пластических операций на уретре. Буккальная уретропластика показала достаточно высокую эффективность (до 80%) в лечении протяженных стриктур пенильного отдела уретры (от 3 до 15 см).

Варианты лечения стриктур уретры

Таблица 2

Метод лечения	Количество пациентов	
Бужирование уретры	45	30%
Буккальная уретропластика	20	13,3%
БОУТ	67	44,7%
Пластика «конец в конец»	5	3,3%
Меотомия	13	8,7%

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев А.В., Сердюцкий В.Е., Николаев С.И., Сафонов Д.В. Эндоскопическая коррекция при рецидивных посттравматических стриктурах задней уретры // I-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. Кисловодск, 2001. С. 171
2. Игнашин Н.С., Евсеев А.В. Соноуретрография в диагностике стриктур уретры. Визуализация в урологии. Экспериментальная и клиническая урология. 3, 2010. С. 40-42.
3. Камалов А.А., Даренков А.Ф., Чиненный В.Л. [и др.]. Профилактика воспалительных осложнений после трансуретральных эндоскопических вмешательств на нижних и верхних мочевых путях // Сборник научных трудов «Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия». М., 2002. С. 240.
4. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы // Медицина. 1999. С. 216.
5. Лопаткин Н.А., Мартова А.Г. Избранные лекции по урологии: руководство для врачей // М.: МИА, 2008. С. 55.
6. Мунгалов Н.П., Мунгалов А.Н. Наш опыт оперативного лечения травматических облитераций уретры // I-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. Кисловодск, 2001. С. 172-173
7. Сидоренко С.В. Тенденции в распространении антибиотико-резистентности среди грамположительных микроорганизмов и перспективы ее преодоления // Клиническая фармакология и терапия. 2006. Т.15, №2. С. 7-13.
8. Тенке П., Ковач Б., Бьерклунд Т.Е. и соавт. Европейско-азиатские рекомендации по ведению пациентов с инфекциями, связанными с уретральным катетером, и по профилактике катетер-ассоциированных инфекций // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008. Т.10, №3. С. 201-216.
9. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Лукьянчиков А.Г., Тибиллов А.С. Пластика протяженных рецидивных стриктур передней уретры свободным трансплантатом буккальной слизистой // Урология. 2006. №1. С. 3-7.
10. Щеплев П.А. Опыт заместительной уретропластики с использованием трансплантата слизистой щечки у больных со стриктурой уретры // Андрол. и генит. хир. 2004. №4. С. 44-48.
11. Andrich DE, Mundy AR. Urethral strictures and theirsurgical management // Br J. Urol. 2000. Vol. 86. P. 571-580.
12. Bulbar urethroplasty using the dorsal approach: current techniques / G.Barbagli, E.Palminteri, G.Gaazzoni, A.Cavalcanti // Inter. Braz. J. Urol. 2003. Vol. 29. P. 155-161
13. Eaton, Richenberg (2005) Imaging of the urethra. Curr Status Imaging 17:139-149.
14. S.B. Brandes. Urethral Reconstructive Surgery. Edited by: S. B. Brandes © Humana Press, Totowa, NJ. 2008. P. 29-42.
15. Webster G. D. Perineal repair of membranous urethral stricture // Urol. Clin. North. Am. 1989. – Vol. 16. – P. 2

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТРАТНО-КАЛЬЦИЕВОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЧЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ



И.К. Плотников

АВТОРЫ

**И.К. Плотников, М.А. Шведова,
Л.Н. Екименко**

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

За последние десятилетия наблюдается несомненный сдвиг к продленной почечно-заместительной терапии (далее – ПЗПТ). Этот метод лечения доминирует при остром почечном повреждении у больных в ОРИТ. Современная аппаратура с улучшенным программированием и объемным контролем позволяет проводить безопасную полиорганную поддержку при критических состояниях [4].

При любых методах экстракорпорального очищения крови используют антикоагулянтную терапию для профилактики тромбообразования в контуре. Неадекватная антикоагуляция приводит сначала к уменьшению эффективности терапии, что связано со снижением скорости ультрафильтрации и клиренса веществ, а в последующем – к тромбированию фильтра, нежелательной потере крови, увеличению времени заместительной почечной терапии, что в результате приводит к повышению стоимости лечения [1].

В экстракорпоральном контуре кровь пациента контактирует со множеством инородных материалов: поливинилхлоридом кровопроводящих магистралей, силиконовыми трубками насосных сегментов, полиуретаном торцевой заливки капиллярных массообменников (диализаторов и гемофильтров), поликарбонатом их корпуса и другими [3,5]. На искусственных поверхностях происходит депозиция плазменных белков, а также инициирующих контактный каскад коагуляции XII фактора и элементов калликреиновой системы. Однако основным фактором образования тромбов считается активация клеточных элементов крови – лейкоцитов и моноцитов, способствующих высвобождению тканевых факторов, которые опосредованно, через фактор VIIa, активируют фактор X. В результате на поверхности тромбоцитов, с вовлечением других факторов свертывания (V, VIII, IX, XI), происходит генерация тромбина из протромбина. Тромбин (фактор IIa), в свою очередь, вызывает конверсию фибриногена в фибрин [3, 5].

Среди антикоагулянтов наибольшее распространение в мире получил нефракционированный гепарин. Его преимущества: стандартность методики, удобство ее применения, относительная дешевизна

— наука и практика —

и возможность проведения мониторинга дозы при помощи доступных тестов, таких как АЧТВ, и даже просто по времени свертывания цельной крови [1,2,3,4,5].

Антикоагулянтные свойства гепарина связаны с его способностью активировать антитромбин – естественный антикоагулянт, связывающий прежде всего факторы IIa и Xa, но воздействующий и на другие факторы (IXa, XIa). Кроме того, под воздействием гепарина происходит высвобождение ингибиторов тканевого фактора. Действие препарата развивается быстро, а период полураспада невелик (около 1,5 час.) [3]. Одно из важных преимуществ гепарина натрия – возможность быстрой нейтрализации его действия протамином сульфатом.

Однако возможности использования гепарина ограничены у пациентов с опасностью развития кровотечения или при необходимости проведения лечения на фоне коагулопатии. Это особенно актуально при лечении пациентов с острым повреждением почек, нередко возникающим в раннем послеоперационном периоде, когда опасность кровотечений максимальна. Кроме того, введение гепарина может вызывать гепарин-индуцированную тромбоцитопению, гиперкалиемию, связанную с гипоальдостеронизмом, остеопороз, аллергические реакции, некрозы кожи. Такие осложнения довольно редки, а вот нарушения липидного обмена и остеопороз, в той или иной степени, являются универсальными при гепаринотерапии [3,5].

В связи с этими обстоятельствами поиск альтернативных схем антикоагуляции остается одним из основных направлений в области почечной заместительной терапии.

В последние годы наибольшую популярность приобретает метод регионарной цитратной антикоагуляции. Эта идея давно представлялась привлекательной. Со второй половины 90-х годов цитратная антикоагуляция, как метод выбора при противопоказаниях к гепарину, заняла прочное место. Она широко применяется не только при всех методах ПЗПТ, но и при интермиттирующем гемодиализе, включая медленный низкоэффективный ежедневный диализ (SLEDD). Возрастает интерес к цитратной антикоагуляции у детей.

На коммерческом рынке появились специализированные аппараты и адаптированные диализаты для гемодиализа и гемодильтрации [3]. В России цитратная антикоагуляция с протоколами и лицензированными растворами появилась недавно как относительная инновация [4].

Суть метода заключается в том, что цитрат вводится перед диализатором или фильтром, что приводит к

хелатированию ионизированного кальция и снижению его концентрации в крови. При концентрации цитрата 3-5 ммоль/л на входе в фильтр концентрация ионизированного кальция не превышает 0,35 ммоль/л. Этот параметр может использоваться для лабораторного контроля адекватности введения цитрата в зависимости от скорости кровотока. При диализе или гемодильтрации диализирующая жидкость не должна содержать ионы кальция. Цитрат частично удаляется в массообменнике (его клиренс и коэффициент просеивания сравнимы с таковыми для мочевины) и частично метаболизируется в организме пациента, высвобождая связанный кальций. Потери кальция восполняются перед возвращением крови пациенту, поэтому воздействия на системную коагуляцию при правильном балансе не происходит. Нагрузка цитратом может быть безразличной для пациентов с дисфункцией печени или сниженной тканевой перфузией. Аккумуляция цитрата в организме приводит к гипокальциемии и нарушениям кислотно-основного равновесия. Лабораторный контроль концентрации цитрата в крови сложен, однако недостаточный метаболизм цитрата можно предполагать при развитии метаболического ацидоза и снижении концентрации ионизированного кальция. Наиболее специфичным признаком является высокое (свыше 2:1) соотношение концентраций общего и ионизированного кальция. При избыточном введении цитрата пациенту с нормальной метаболической способностью аккумуляция цитрата сопровождается алкалозом и гипокальциемией [3,4,5].

Таким образом, при использовании цитрата в качестве антикоагулянта нельзя забывать о его буферных свойствах. С технической точки зрения, антикоагуляция цитратом довольно сложна, ее схемы меняются в зависимости от вида и эффективности лечения, а также метаболических свойств организма пациента и требуют строгого лабораторного контроля. Все это ограничивает ее рутинное применение [3,4].

Тем не менее большинство исследований показывает снижение риска кровотечений и значительное увеличение средней жизни гемофильтра (от 40 до 82 часов, а в 50-70% использованных гемофильтров – более 48 часов) при использовании цитрата в сравнении с обычной гепаринизацией [4].

Принципиальные показания к цитратной антикоагуляции включают:

- активные кровотечения или их высокий риск, в том числе краниocereбральные повреждения;
- неконтролируемая гипертензия;
- гепарин-индуцированная тромбоцитопения (НИТ);
- аллергия на гепарин;

— наука и практика —

- гепарин-индуцированная гиперкалиемия.

В противопоказаниях всеми авторами указывается тяжелая печеночная недостаточность и прогрессирующий алкалоз. Мнения о возможности цитратной антикоагуляции при компенсированном циррозе печени и при выраженном прогрессирующем ацидозе расходятся, хотя в ряде исследований ни септический шок, ни исходный лактат-ацидоз не показали какого-либо ухудшения в процессе лечения. В целом в неясных ситуациях, ассоциированных с крайней тяжестью состояния, рекомендуется индивидуальная клиническая оценка [4].

Потенциальные осложнения цитратной антикоагуляции включают:

- нарушения гомеостаза ионизированного кальция (гипокальциемию, гиперкальциемию);
- нарушения кислотно-основного состояния (ацидоз и алкалоз);
- гипернатриемию;
- реже гипомагниемию.

Этот вопрос освещен в литературе достаточно подробно. Предполагается, что низкоконцентрированные растворы цитрата должны минимизировать риск метаболических реакций. Но, поскольку высококонцентрированный трисодий цитрата используется в очень малом объеме по сравнению с менее концентрированным, этот вопрос остается неясным. В основном сообщается о преходящем или рецидивирующем метаболическом алкалозе, связанном с избыточным накоплением бикарбоната при расщеплении цитрата. Мягкая гипокальциемия в системном кровотоке отмечается обычно в дебюте лечения до момента ее стабильной коррекции глюконатом кальция или хлористым кальцием. Гипернатриемия и гиперкальциемия, как и гипомагниемия, описаны редко [4].

В целом все авторы едины в выводе о безопасности цитратной антикоагуляции при условии корректного соблюдения протоколов. Необходимость прерывать ее отмечена редко. Ряд вопросов, связанных с оптимальной концентрацией цитрата в используемом растворе и в экстракорпоральном контуре, с точными маркерами аккумуляции в крови, подлежит дальнейшему изучению. В этом аспекте особенное внимание рекомендуют уделить пациентам с тяжелым шоком и нарушенной перфузией печени [4].

Методика проведения цитратной регионарной антикоагуляции при диализе на аппарате MultiFiltrate (Fresenius, Германия). При проведении процедуры цитратно-кальциевого (Ci-Ca) вено-венозного гемодиализа аппаратом MultiFiltrate (Fresenius, Германия)

используется официальный раствор 4% тринатрия цитрат Fresenius Kabi с концентрацией 136 ммоль/л, а также стерильный раствор кальция с концентрацией 233 ммоль/л, приготовленный ex tempore в условиях ОРИТ путем смешивания официальных 10% раствора кальция хлорида – 250 мл и 0,9% раствора натрия хлорида – 250 мл.

При выставлении стартовых параметров процедуры доза цитрата задается врачом (оператором), проводящим ее. Доза определяется в ммоль цитрата, введенного на литр обработанной крови. Скорость инфузии цитрата прямо пропорциональна скорости кровотока и автоматически меняется при ее изменении. Начальная доза цитрата обычно составляет 4,0 ммоль/л. Подбор дозы осуществляется в ходе процедуры, после определения концентрации ионизированного кальция в фильтрате (забор пробы из контура после фильтра). Доза кальция также определяется оператором в ммоль кальция, введенного на литр эффлюента. Это соответствует количеству удаленного кальция. Инфузия кальция прямо пропорциональна потоку эффлюента. Скорость инфузии кальция автоматически меняется при изменении потока эффлюента. Начальная доза кальция устанавливается в 1,7 ммоль/л. Коррекция дозы осуществляется в ходе процедуры в зависимости от концентрации системного ионизированного кальция.

Лабораторный мониторинг до начала ПЗПТ включает развернутый клинический анализ крови; биохимический анализ крови с определением уровня электролитов, содержания общего кальция, азотемических показателей; анализ кислотно-основного состояния (КОС) с обязательным определением лактата и ионизированного кальция; определение коагулограммы (ПТИ, фибриноген, МНО, АЧТВ).

Через 5 минут после начала процедуры проводится определение КОС и кальция в экстракорпоральном контуре после гемофильтра и в системном кровотоке пациента. При необходимости проводится коррекция дозы цитрата и хлорида кальция. Изменение дозы цитрата осуществляется с шагом 0,1 ммоль/л, дозы кальция – с шагом 0,2 ммоль/л. Целевой ранг кальция в экстракорпоральном контуре после гемофильтра составляет 0,25-0,35 ммоль/л. Кальций в системном кровотоке пациента – 1,17-1,29 ммоль/л. Первые 3 часа процедуры забор газов крови из экстракорпорального контура и системного кровотока пациента производится каждый час. Для подбора параметров дозы цитрата и кальция хлорида до достижения целевых показателей. Далее лабораторный контроль КОС и ионизированного кальция осуществлялся каждые 3-6 часов, определение азотемических показателей и коагулограммы – каждые 6 часов.

Методика проведения цитратно-кальциевой регионарной антикоагуляции при гемодиализе освоена

— наука и практика —

и внедрена в нашем отделении с 2014 года. За это время проведено 5 процедур на аппарате MultiFiltrate (Fresenius, Германия). Больные, которым была проведена почечно-заместительная терапия с использованием данной методики, находились в ОРИТ с различными нозологическими патологиями:

- дерматогенный сепсис;
- ХПН в терминальной стадии;
- ОПН на фоне синдрома позиционного сдавления обеих нижних конечностей (с выполненной фасциотомией обеих конечностей);
- ОПН на фоне тяжелой сочетанной травмы с развитием синдрома полиорганной недостаточности.

У всех больных был высокий риск развития кровотечения вследствие имеющейся коагулопатии либо раннего послеоперационного периода, и проведение стандартных методов почечно-заместительной терапии с использованием нефракционированного гепарина было противопоказано.

При всех проведенных процедурах цитратно-кальциевой антикоагуляции не было зарегистрировано проявления геморрагического синдрома ни у одного из пациентов. Таким образом, проведение цитратной регионарной антикоагуляции позволяет проводить заместительную почечную терапию у больных с противопоказаниями к общей гепаринизации.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Т.1. С. 899-901.
2. Джон Т. Даургирдас, Питер Дж. Блейк, Тодд С. Инг. Руководство по диализу / Пер. с англ. под ред. А. Ю. Денисова и В. Ю. Шило. Третье издание. М.: Центр диализа. Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2003. С. 219-221.
3. Антикоагуляция при заместительной почечной терапии: классические подходы и новые возможности. Вестник трансплантологии и искусственных органов. Том XII № 4. 2010 С. 80-85.
4. Регионарная цитратная антикоагуляция при продолжительной гемофильтрации (краткий литературный обзор) Т.В. Мухомедова (<http://gambra.wmtest.ru/assets/files/Short%20review%20CRRT.pdf>)
5. Stephan Thijssen (2011). Citrate Anticoagulation in Hemodialysis, Progress in Hemodialysis - From Emergent Biotechnology to Clinical Practice, Prof. Angelo Carpi (Ed.), ISBN: 978-953-307-377-4, In-Tech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/progress-in-hemodialysis-from-emergent-biotechnology-to-clinicalpractice/citrate-anticoagulation-in-hemodialysis> С. 217-224.

— наука и практика —

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ



Е.В. Козлов

АВТОРЫ

**Е.В. Козлов^{1,2}, И.А. Великова²,
Л.К. Орлова², Л.А. Буторова²,
Т.В. Бургарт², Г.В. Новикова²**

1. ГБОУ ВПО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения РФ
2. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Введение: История изучения взаимосвязи артериальной гипертензии и хронических неспецифических заболеваний легких берет свое начало в 50-60-х годах XX века. Большинство исследователей связывали повышение артериального давления (АД) у страдающих хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с гипертонической болезнью (ГБ), хотя клиническая симптоматика артериальной гипертензии (АГ) зависела прежде всего от состояния бронхиальной проходимости и тяжести бронхолегочного процесса.

Л.И. Ольбинская с соавт. [5], изучая суточный профиль АД у больных ХОБЛ в сочетании с АГ, отмечала связь подъемов АД с развитием приступов затрудненного дыхания и нормализацию АД после купирования бронхообструкции, что объяснялось уменьшением гипоксии и вазоконстрикторных импульсов из коры головного мозга. Это же подтверждает в своих исследованиях и Н.А. Кароли [4], говоря о том, что артериальная гипертензия у больных ХОБЛ прежде всего пульмоногенная и отличается от эссенциальной преобладанием патологических типов суточной кривой АД, характеризующихся недоста-

точной степени ночного снижения, что связано с гипоксемией во время сна, и приводящая к нейрогуморальной активации у этой категории пациентов. В исследованиях, опубликованных в 2011 году Г.П. Арутюновым [2] также описана связь гипоксии с ночными подъемами АД по данным суточного мониторинга, на основании которых был сделан вывод о развитии пульмоногенной АГ у больных с бронхообструктивным синдромом.

В последние годы подтверждена важная роль повышенной вариабельности АД, которая рассматривается как независимый мощный предиктор инсульта и коронарных событий, независимо от средних значений АД [8].

Несмотря на вышесказанное В.Ф. Жданов и соавт. [3] выделяют АГ и ХОБЛ как сочетание двух самостоятельных заболеваний. С ними солидарен и Н.Р. Палеев [6], который провел исследование на 80 пациентах в возрасте от 42 до 78 лет (в среднем $59,6 \pm 3,7$ лет), страдающих хроническим обструктивным бронхитом в сочетании с АГ. В результате не было получено прямой корреляции между степенью бронхообструкции и уровнем АД, в связи с чем он отрицает существование пульмоногенной гипертонии, а системную АГ, наблюдающуюся у части больных, предлагает рассматривать как сочетание данных патологий.

Таким образом, взгляды на генез АГ при ХОБЛ неоднозначны, но в любом случае, при учете всех точек зрения, не вызывает сомнения тот факт, что наличие гипоксии при ХОБЛ усугубляет тяжесть и способствует прогрессированию уже существующей АГ либо содействует ее проявлению. Наличие у больных ХОБЛ сочетанной патологии в виде АГ существенно увеличивает общий сердечно-сосудистый риск.

Цель: Провести оценку вариабельности и суточного профиля АД у пациентов при коморбидности ХОБЛ и АГ.

Материалы и методы исследования: Клинико-функциональные исследования проводились в пульмонологическом отделении КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича».

Для достижения цели исследования было обследовано 65 пациентов мужского пола с тяжелым течением ХОБЛ (III стадия) в возрасте 59-74 лет – средний возраст $65,0 [61,5-69,5]$ лет. Из них ХОБЛ в сочетании с АГ диагностирована у 44 чел. (2-я группа), средний возраст которых $66,0 [61,0-70,0]$; пациентов с ХОБЛ, не страдающих АГ, – 21 чел. (1-я группа), в этой группе средний возраст составил $63,0 [60,0-69,0]$ года. В группе контроля наблюдалось 32 пациента мужского пола с эссенциальной АГ (3-я группа) в возрасте 57-76 лет, средний возраст – $61,0$

Стаж артериальной гипертонии у пациентов основной группы и группы контроля (Ме [Q25-Q75])

Таблица 1

Степень АГ	Стаж артериальной гипертонии, лет		
	ХОБЛ и АГ	АГ	p
1	4,0 [2,0-10,0] 18 чел.	6,0 [4,0-7,0] 20 чел.	p=0,88
2	8,0 [4,0-11,0] 26 чел.	6,0 [5,0-10,0] 12 чел.	p=0,85

год [58,0-64,5]. Группы сопоставимы по возрасту, $p > 0,05$, стажу и степени АГ (табл. 1).

Диагноз и степень тяжести ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями, изложенными в докладе рабочей группы GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, update 2014) [7]. Согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК 2013 г.) АГ диагностировалась при уровне САД ≥ 140 мм рт.ст., ДАД ≥ 90 мм рт.ст. в условиях покоя или при наличии нормального уровня АД у пациентов, принимающих гипотензивную терапию на момент обследования или в течение предыдущих двух недель.

В настоящее время суточное мониторирование АД (СМАД) является ценным диагностическим методом, позволяющим выявить индивидуальные особенности суточного профиля АД у больных ХОБЛ – недостаточное или чрезмерное снижение АД в ночные часы, показатели нагрузки давлением, характеристики утреннего подъема АД, которые являются прогностическими критериями высокого риска развития органических поражений. СМАД осуществлялся аппаратом МнСДП-2 (Россия) в течение 24 часов. Измерения АД начинали с 9-11 часов утра. Интервалы между измерениями в дневные часы составляли 15 мин., в ночные – 30 мин. Учитывались данные, включающие в себя не менее 80% эффективных измерений.

Обработку полученных данных проводили в соответствии с правилами вариационной статистики на персональном компьютере IBM PC, используя программы «Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для Windows XP» и «Microsoft Excel 2010». Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me) и межквартильного интервала в виде 25 и 75 перцентилей (LQ-UQ). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Достоверным считался уровень значимости при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования: При анализе показателей СМАД у пациентов 2-й и 3-й групп достоверно выше значения как САД, так и ДАД, в отличие от показателей у лиц с изолированной ХОБЛ. При сравнении

**Средние значения и вариабельность АД (мм рт.ст.)
при суточном мониторинге у обследуемых больных (Ме [Q25-Q75])**

Таблица 2

Показатели	1-я группа ХОБЛ, n=21 чел.	2-я группа ХОБЛ + АГ, n=44 чел.	3-я группа АГ, n=32 чел.
Среднее САД (день), мм рт.ст.	121,0 [110,0-124,0]	134,0 [124,5-148,5]	133,0 [126,0-144,5]
$p_{1,2}=0,00005, p_{1,3}=0,00009, p_{2,3}=0,76$			
Вариабельность САД (день), мм рт.ст.	10,0 [8,0-11,0]	12,0 [11,0-14,0]	12,6 [10,35-14,8]
$p_{1,2}=0,002, p_{1,3}=0,001, p_{2,3}=0,7$			
Среднее САД (ночь), мм рт.ст.	112,0 [107,0-116,0]	130,5 [119,5-146,5]	120,0 [112,5-134,0]
$p_{1,2}=0,00003, p_{1,3}=0,006, p_{2,3}=0,04$			
Вариабельность САД (ночь), мм рт.ст.	8,4 [8,0-10,0]	9,0 [7,5-13,2]	11,0 [8,3-12,8]
$p_{1,2}=0,2, p_{1,3}=0,02, p_{2,3}=0,5$			
Среднее ДАД (день), мм рт.ст.	77,0 [70,0-85,0]	83,0 [77,0-91,5]	87,0 [79,5-93,0]
$p_{1,2}=0,02, p_{1,3}=0,0002, p_{2,3}=0,2$			
Вариабельность ДАД (день), мм рт.ст.	10,0 [8,0-11,0]	12,0 [11,0-14,0]	12,6 [10,35-14,8]
$p_{1,2}=0,002, p_{1,3}=0,001, p_{2,3}=0,7$			
Среднее ДАД (ночь), мм рт.ст.	69,0 [66,0-76,0]	78,0 [71,5-87,5]	78,0 [66,5-87,0]
$p_{1,2}=0,003, p_{1,3}=0,002, p_{2,3}=0,6$			
Вариабельность ДАД (ночь), мм рт.ст.	7,0 [6,0-8,0]	8,0 [5,5-10,0]	9,5 [7,7-12,0]
$p_{1,2}=0,46, p_{1,3}=0,005, p_{2,3}=0,02$			
ЧСС (день), ударов в минуту	75,0 [70,0-80,0]	80,0 [73,5-90,0]	72,0 [64,0-79,0]
$p_{1,2}=0,03, p_{1,3}=0,31, p_{2,3}=0,0005$			
Вариабельность ЧСС (день), ударов в минуту	10,0 [7,0-11,0]	9,0 [7,0-12,0]	8,9 [7,0-11,0]
$p_{1,2}=0,98, p_{1,3}=0,75, p_{2,3}=0,59$			
ЧСС (ночь), ударов в минуту	66,0 [61,0-72,0]	69,5 [61,0-81,0]	59,0 [52,0-64,0]
$p_{1,2}=0,21, p_{1,3}=0,005, p_{2,3}=0,00006$			
Вариабельность ЧСС (ночь), ударов в минуту	4,0 [3,0-7,0]	6,0 [5,0-9,0]	4,9 [3,4-6,8]
$p_{1,2}=0,12, p_{1,3}=0,99, p_{2,3}=0,06$			

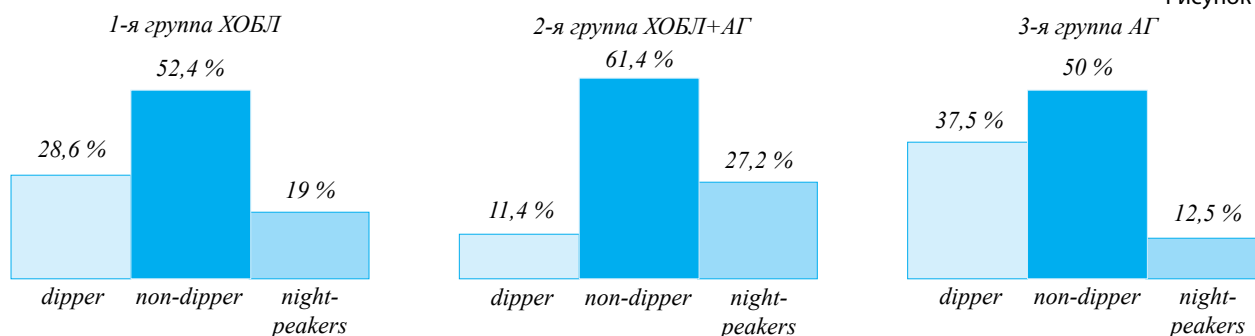
двух групп пациентов, в анамнезе которых имеется АГ, отмечается тенденция к более высоким значениям систолического АД, что достоверно отражено в ночные часы ($p=0,04$), и диастолического АД у пациентов при коморбидности данных патологий. Рассматривая вариабельность АД, как систолического, так и диастолического, отмечается большая степень повышения данного показателя у пациентов с изолированной АГ ($p>0,05$). У больных изолированной ХОБЛ, несмотря на отсутствие данных за АГ, повышение вариабельности как САД, так и ДАД отмечено в 4,8% случаев в дневные часы, а в ночные часы повышения вариабельности зафиксировано не было (Табл. 2). У пациентов 2-й группы повышение вариабельности САД в дневные и ночные часы отмечено у 20% и 18,2% соответственно ($p>0,05$), повышение вариабельности ДАД было зафиксировано только в дневные часы у 11,4%. У обследуемых 3-й группы по САД повышение вариабельности отмечалось в 25% случаев в дневные часы и в 12,5% в ночные, по ДАД 9,4% и 15,6%, соответственно.

При исследовании суточного профиля САД (рис. 1) было выявлено, что у пациентов с изолированной ХОБЛ преобладал тип non-dipper (недостаточное снижение АД в ночные часы) – в 52,4% случаев, тип night-peaker (устойчивое повышение АД в ночные часы) встречался у 19% больных. У пациентов при коморбидности данных патологий, в отличие от 1-й и 3-й групп обследуемых, чаще выявлялся прогностически неблагоприятный суточный профиль по САД night-peaker (27,2%; $p>0,05$), тип non-dipper зафиксирован у 61,4% больных, что также было чаще, чем у пациентов двух других групп ($p>0,05$). У пациентов с изолированной АГ также отмечается тенденция к большей встречаемости суточного профиля по САД non-dipper (50%). При этом у данной когорты больных, в сравнении с другими группами, чаще встречается физиологический тип снижения АД в ночное время (dipper). Достоверность наблюдается среди групп с АГ, и ХОБЛ в сочетании с АГ (37,5% и 11,4%, соответственно, $p<0,05$). Реже встречается тип night-peaker - у 12,5% ($p>0,05$).

науча и практика

Суточный профиль САД в группах исследования

Рисунок 1



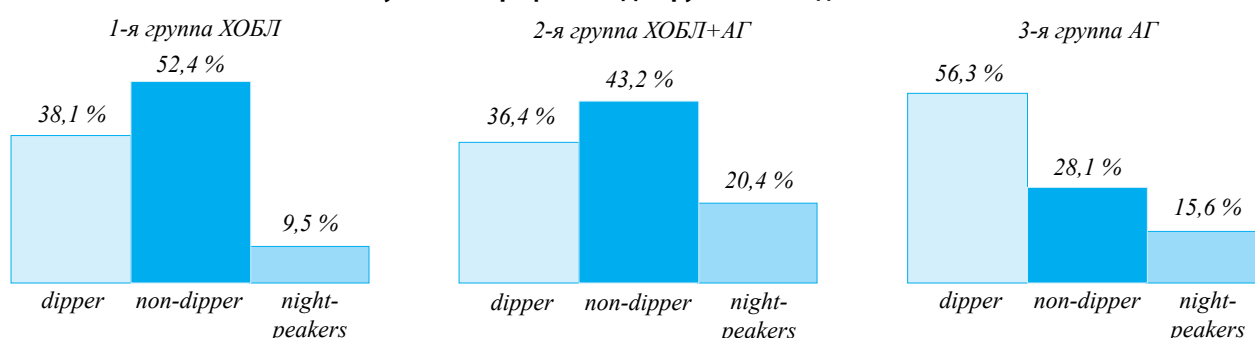
При исследовании суточного профиля ДАД (рис. 2) установлено, что в группе с изолированной АГ, в сравнении с 1-й и 2-й группами, преобладал тип dipper ($p > 0,05$), тип non-dipper чаще встречался у пациентов с ХОБЛ как в сочетании, так и без АГ. Прогностически неблагоприятный суточный профиль night-peaker выявлялся чаще у пациентов при коморбидности данных патологий.

Среди пациентов исследуемых групп нами не был зафиксирован суточный профиль АД over-dipper (чрезмерное снижение АД в ночные часы).

Анализируя полученные данные, можно констатировать, что ХОБЛ в сочетании с АГ сопровождается не только нарушением параметров вариабельности АД, но и более выраженными нарушениями

Суточный профиль САД в группах исследования

Рисунок 2



Показатели утренней динамики АД у обследуемых пациентов
(Me [Q25-Q75]), мм рт.ст.

Таблица 3

Показатели	1-я группа ХОБЛ, n=21 чел.	2-я группа ХОБЛ + АГ, n=44 чел.	3-я группа АГ, n=32 чел.
Величина утреннего подъема САД	29,0 [21,0-39,0]	34,0 [22,0-42,0]	19,8 [2,6-31,0]
$p_{1,2}=0,4$ $p_{1,3}=0,05$ $p_{2,3}=0,002$			
Скорость утреннего подъема САД	11,0 [6,0-20,0]	13,0 [8,0-25,0]	3,55 [0,5-10,0]
$p_{1,2}=0,2$ $p_{1,3}=0,003$ $p_{2,3}=0,0002$			
Величина утреннего подъема ДАД	27,0 [21,0-41,0]	25,0 [16,0-34,0]	18,25 [3,3-35,5]
$p_{1,2}=0,4$ $p_{1,3}=0,05$ $p_{2,3}=0,1$			
Скорость утреннего подъема ДАД	12,0 [8,0-36,0]	11,0 [8,0-30,0]	3,45 [0,6-7,0]
$p_{1,2}=0,7$ $p_{1,3}=0,0003$ $p_{2,3}=0,000005$			

— наука и практика —

суточного профиля АД в сравнении с группой контроля.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что большинство сердечно-сосудистых катастроф приходится на утренние часы. В это время отмечается максимальное по сравнению с другими периодами суток число инсультов, злокачественных сердечных аритмий, которые могут стать причиной внезапной смерти даже у гипертоников без клинических проявлений коронарной болезни сердца [1]. У исследуемой когорты пациентов нами изучена утренняя динамика АД (табл. 3). Были получены статистически значимые различия по величине и скорости утреннего подъема как САД, так и ДАД, у пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ, так и без нее, что способствует повышению степени сердечно-сосудистого риска у данных больных.

Заключение: Сравнительный анализ показателей СМАД в проведенном исследовании демонстрирует определенные особенности в исследуемых группах. У пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ зафиксированы более высокие среднесуточные показатели и повышение вариабельности АД. При этом получены статистически значимые различия по величине и скорости утреннего подъема АД. Выявленные изменения приводят к нарушению суточного профиля. Так, у пациентов при коморбидности данных патологий чаще встречался прогностически неблагоприятный суточный профиль «non-dipper» и «night-peakers», что является несомненным аргументом в пользу признания ХОБЛ независимым фактором сердечно-сосудистого риска.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксенова Т.А. Циркадные колебания вариабельности ритма сердца у больных гипертонической болезнью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких [электронный ресурс] / Т.А. Аксенова, В.В. Горбунов // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 1. – С. 69-74. – режим доступа: <http://medacadem.chita.ru/zmv>. – Загл. с экрана (01.12.2014).
2. Арутюнов Г.П. Сердечно-сосудистые заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких – криминальные партнеры / Г.П. Арутюнов // СопБПит-МесЦит (экстравыпуск). – 2011. – С. 16-19.
3. Жданов В.Ф. Клинико-статистическая характеристика больных неспецифическими заболеваниями легких с системной артериальной гипертензией / В.Ф. Жданов // Актуальные проблемы пульмонологии: сб. науч. тр., Л. – 1991. – С. 89-93.
4. Кароли Н.А. Суточный мониторинг артериального давления у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Н.А. Кароли, В.А. Сергеева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. – № 1. – С. 64-67.
5. Ольбинская Л.И. Суточный профиль артериального давления при хронических обструктивных заболеваниях легких и при сочетании с артериальной гипертензией / Л.И. Ольбинская, А.А. Белов, Ф.В. Опаленков // Рос. кардиол. Журн. – 2000. – Т. 22, №2. – С. 20-25.
6. Существует ли «пульмогенная гипертензия»? / Н.Р. Палеев [и др.] // Кардиология. – 2002. – №6. – С. 51-53.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Electronic resource] – Last update 2014. – Mode of access: <http://www.goldcopd.org/guidelines>. – Title screen. (02.12.2014).
8. The relationship between arterial stiffness and chronic obstructive pulmonary disease in patients with arterial hypertension // T. Aksenova [et al.] // European Journal of preventive Cardiology. – 2014. – Vol. 21. – № 1. – Suppl. – Abstr. S. 69.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА



Н.Д. Томнюк

АВТОРЫ

**Н.Д. Томнюк¹, Е.П. Данилина^{1,2},
В.Р. Кембель^{1,2}, Ж.Е. Турчина¹,
В.С. Ховалыг³**

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

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

3. ГБУЗ «Республиканская больница №1
Республики Тыва», г. Кызыл

Введение: Первые упоминания о гнойном перитоните датируются I веком н.э. Клиническое наблюдение перитонита впервые было описано русским врачом А. Шабановым в 1816 году, хирургическое лечение в России – Х.Х. Соломоном (1840), Н.И. Пироговым (1852). Таким образом, только с середины XIX века перитонит стали относить к хирургическим заболеваниям.

Летальность при гнойном перитоните в начале XX столетия превышала 90%. И только с внедрением в хирургию антисептики и асептики доля гнойных осложнений в послеоперационном периоде снизилась, и появилась возможность безопасно проводить хирургические вмешательства при перитоните [1, 8].

Учеными было установлено, что ранняя лапаротомия и тщательная санация брюшной полости с последующим ее дренированием, при распространенном гнойном перитоните, улучшает результаты лечения больных. Разработанные рекомендации стали базовыми принципами лечения гнойного перитонита, не утратившими своей актуальности до настоящего времени [7,12].

В то же время вопросы классификации и определения степени тяжести перитонита, показания к программируемой санации брюшной полости, способы дренирования, методы декомпрессии желудочно-кишечного тракта, вопросы применения антибактериальных препаратов и способы их введения остаются спорными [6,9,10,11].

Цель: Обобщить современные представления о классификации, об определении степени тяжести и о лечении перитонита, на основании литературных данных и данных клинического наблюдения на протяжении 1995-2015 годов 322 больных перитонитом, госпитализированных в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» г. Красноярск и в ГБУЗ «Республиканская больница №1 Республики Тыва» г. Кызыла.

Результаты: До недавнего времени классификация перитонита была несколько запутана, главным образом, вследствие неоднозначного понимания терминов «распространенный, ограниченный местный перитонит». Термин «разлитой» мог означать как диффузный перитонит, не имеющий ограничения от свободной брюшной полости, но до определенного времени, оставшийся местным, охватывающим часть брюшины вблизи источника инфекции, так и распространенный, занимающий несколько областей брюшной полости или все ее отделы (общий перитонит). Некоторые авторы отказались от употребления термина «разлитой», заменив его термином «диффузный», который по мере развития может быть местным, распространенным и общим. Также при этом различали местный диффузный процесс и ограниченный абсцесс, или инфильтрат, при которых брюшина сумела локализовать генерализацию воспаления. При диффузном местном перитоните ограничения воспалительного процесса не происходит, он склонен к распространению – генерализации, развитию сепсиса и полиорганной недостаточности.

В 2000 году группой исследователей под руко-

— наука и практика —

водством академика В.С. Савельева была принята классификация перитонита, согласно которой по распространенности он разделяется на ограниченный (абсцесс, или инфильтрат) и неограниченный. Неограниченный разделяется на местный (занимает менее 3-х из 9-ти анатомических областей брюшной полости) и распространенный (занимает 3 и более анатомические области брюшной полости). На наш взгляд, это простая и удобная для использования в повседневной практике классификация, позволяющая разрешить вышеописанные противоречия.

Тяжесть клинических проявлений распространенного гнойного перитонита находится в прямой зависимости от времени, прошедшего с начала воспаления. Поэтому еще И.И. Греков (1912), в зависимости от временного фактора, разделил течение гнойного перитонита на стадии: раннюю (первые 12 часов), позднюю (12-24 часов) и конечную (после 24 часов). Такая схема хорошо вписывается в оценку тяжести течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в том числе и перитонита, так как летальность зависит от сроков оказания медицинской помощи.

В 1971 году К.С. Симонян в своей монографии «Перитонит» предложил объединить стадии перитонита с патофизиологическими изменениями, происходящими в организме, обозначив I-ю стадию (раннюю) как рефлекторную, II-ю (позднюю) как токсическую и III-ю (конечную) как терминальную. Таким образом, построенная по двум разным признакам (I и II стадия) классификация отражает патофизиологические изменения, в первую очередь связанные со временем, прошедшим от начала заболевания, а III стадия имеет отношение уже к исходу заболевания. На наш взгляд, такой принцип построения классификаций перитонита несовершенен, так как I стадия может быстро перейти во II и III. Часто рефлекторная стадия может длиться очень короткое время, что наблюдается при травме или прободении полого органа. В этой стадии, наряду с нейроэндокринной реакцией на стресс, быстро развивается интоксикация – вследствие воздействия самой травмы, микробных эндотоксинов и продуктов распада ткани на основные медиаторы воспаления.

Известно, что эндотоксины сами по себе физиологически нейтральны, но, воздействуя на естественные механизмы защиты организма (моноциты, макрофаги, лейкоциты и т.д.), они стимулируют продукцию интерлейкинов. Интерлейкины воздействуют на проницаемость сосудов, вызывая нарушение микроциркуляции, отек, гипоксию, повышение температуры, увеличение активности фагоцитоза, продукцию лейкокинов, и, в конечном итоге, способствуют развитию полиорганной недостаточности. При этом тяжесть состояния больного находится в прямой зависимости от концентрации интерлейкинов. Последние, как известно, принадлежат к группе цитокинов – белковых субстанций, которые являются неотъемлемой частью каскада воспалитель-

ных реакций при распространенном перитоните. Цитокины передают сигналы к эфферентным структурам независимо от нейроэндокринной реакции на рефлекторное раздражение. То есть отрыв рефлекторной реакции от интоксикации, обусловленной цитокинами и вызванными ими нарушениями функций жизненно-важных органов и метаболических процессов, практически невозможен в I и II стадии перитонита, протекающего параллельно, и не всегда соответствует времени, прошедшему от начала заболевания. И с этой точки зрения, более корректно классифицировать стадии перитонита по временному фактору.

Известно, что в процессе развития перитонита нарушаются функции жизненно важных органов и систем, возникает функциональная недостаточность одного или нескольких органов (так называемая полиорганная недостаточность). Поэтому можно считать обоснованным деление перитонита на компенсированную (поражение 1-2 органов) и декомпенсированную (3 и более органа) стадии, протекающие с полиорганной недостаточностью и, как следствие, высокой летальностью.

Отметим, что в оценке тяжести перитонита необходимо учитывать не столько стадию, сколько наличие декомпенсации функций органов. Поэтому возникает необходимость в оценке тяжести обращать внимание на наличие хронических заболеваний и возраст больных. Совокупность вышеописанных факторов наиболее объективно учитывает интегральная шкала оценки тяжести распространенного гнойного перитонита – система APACHE-II. Эта система на сегодняшний день позволяет объективно определить не только эффективность методов лечения, но и прогноз летальности.

Вопросы лечения распространенного перитонита остаются предметом споров и в настоящее время. Остаются неизменными базовые принципы: раннее хирургическое устранение источника инфекции, уменьшение бактериальной контаминации в брюшной полости, профилактика развития компартмент-синдрома, борьба с явлениями синдрома полиорганной недостаточности.

Первый пункт не вызывает сомнений. Второй – решается неоднозначно. Так, введение антибиотиков в брюшную полость широко распространено, но малоэффективно. Оно создает условия для появления резистентных штаммов бактерий и не уменьшает опасность формирования абсцессов и сепсиса (Е.П. Данилина) [3]. Вопрос о лечении резидуальной инфекции остается дискуссионным.

В настоящее время для завершения операции используют разные приемы: зашивание раны наглухо без дренажей или с пассивными дренажами, зашивание раны с дренажами для промывания (перитонеальный лаваж, протекающий сверху вниз), использование трансмембранных дренажей (Е.А. Селезов) [5], полужакрытый метод с промыванием брюшной

научная практика

полости (В.Р. Кембель) [4], открытый способ с введением тампонов и т.д.

Следует различать лапаротомию без повторных ревизий и санаций и программированное этапное промывание (с ревизией и санацией) (Д.Э. Здитовецкий) [2], которое способствует снижению уровня бактериальной контаминации, предотвращает склеивание петель кишечника и формирование новых абсцессов.

Каждый из перечисленных способов имеет определенные показания к применению, достоинства и недостатки. Зашивание раны наглухо может быть рекомендовано при перитоните, когда уровень контаминации экссудата не высок, и организм в состоянии подавить инфекцию. Зашивание раны с дренажами для пассивного оттока экссудата обычно не улучшает результаты лечения – дренажи быстро ограничиваются, не препятствуя скоплению экссудата в карманах, образованию абсцессов.

Перитонеальный лаваж равномерно омывать все петли кишечника не может, жидкость свободно вытекает по боковым каналам. Об этом свидетельствуют и наши наблюдения за большой группой больных, сопоставимых по тяжести состояния.

Заслуживает особого внимания программированное этапное промывание брюшной полости, которое следует проводить при тяжелых формах распространенного гнойного перитонита с суб- или декомпенсацией функций жизненно важных органов, при высокой способности петель кишечника к склеиванию и образованию абсцессов. Число этапных санаций у этой группы больных может колебаться от 2-3 до 7-8, в зависимости от тяжести воспаления. Также лапаростомию целесообразно применять при наличии кишечных свищей и обширном нагноении краев лапаротомной раны.

В дополнение к методам хирургического лечения применяется антибактериальная терапия. Способ введения антибиотиков также остается дискуссионным. Наиболее клинически эффективным является внутривенный способ. Внутриаортальный, эндолимфатический и другие способы практически не имеют преимуществ. Они сложны, дорогостоящи и не всегда выполнимы технически.

При полиорганной недостаточности, нарастании интоксикации показано использование гемодиализа и адекватная коррекция водно-электролитных нарушений. Гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез и другие методы экстракорпоральной детоксикации дают кратковременный эффект. Они не могут рассматриваться как методы детоксикации, дающие существенное преимущество. Используя эти методы, нам не удалось добиться существенного снижения летальности в сравнимых по тяжести перитонита группах больных.

Критерием оценки эффективности примененного способа лечения является показатель летальности и частота развития осложнений. По нашим наблюдениям, летальность была значительно ниже при программированном этапном промывании брюшной полости. Частота сепсиса также была ниже при лечении пациентов методом программированных санаций, но при этом зависела от способа лечения резидуальной инфекции.

При лечении больных с тяжелыми формами перитонита мы устанавливали назоинтестинальный зонд для аспирации содержимого и промывания кишечника. Оптимальными сроками установки зонда являются 1-2, реже 3 суток.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что при лечении перитонита на всех этапах необходимо хорошо спланировать пред- и послеоперационную интенсивную терапию, так как ей принадлежит значительная роль в лечении больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // *Анналы хирургии*. – 2009. – № 4. – С. 5-10.
2. Здитовецкий Д.Э. Распространенный перитонит: обоснование объема оперативного лечения и метода ведения брюшной полости: автореф. дис. д-ра мед. наук / Д. Э. Здитовецкий // Красноярск: 2013. – 39 с.
3. Данилина Е.П. Центральная и периферическая гемодинамика у больных гнойным перитонитом, леченных методами активной детоксикации: дис. канд. мед. наук / Е.П. Данилина // Красноярск: 1991. – 249 с.
4. Кембель В.Р. Программированная релапаротомия в лечении разлитого гнойного перитонита: дис. канд. мед. наук / В.Р. Кембель // Красноярск: 1992. – 114 с.
5. Перитонит. Хирургическое лечение: учеб. пособие / Е.А. Селезов, Д.Э. Здитовецкий, Е.П. Данилина и др. // Красноярск: Изд-во КрасГМА, 2005. – 152 с.
6. Результаты и перспектива лечения распространенных форм перитонита / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, В. А. Горский и др. // *Хирургия*. – 2001. – № 8. – С. 8-12.
7. Савельев В.С. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд // М.: Литтерра, 2006. – 168 с.
8. Савельев В.С. Перитонит: Практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов // М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
9. Савельев В.С. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд // М.: Т-Визит, 2003. – 240 с.
10. Cabrera, L.S. Estudio comparativo de los pacientes con sepsis abdominal tratados mediante técnica quirúrgica cerrada frente a laparostomías / L. S. Cabrera, M. Sánchez-Palacios, P. E. Robaina, M. G. Martul // *Cirugía Española*. – 2008. – Vol. 84, № 6. – P. 345-346.
11. Mazuski J.E., Solomkin J.S. Intra-abdominal infections // *Surg. Clin. North Am.* – 2009. – Vol. 89, № 2. – P. 421-437.
12. Skipworth, R.J. Acute abdomen: peritonitis / R.J. Skipworth, K. C. H. Fearon // *Surgery (Oxford)*. – 2008. – Vol. 26, № 3. – P. 98-101.

ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C ДЛЯ МОНИТОРИНГА, СКРИНИНГА И ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Гемоглобин A1c – параметр, определяющий количество гликированного гемоглобина в красных кровяных тельцах (эритроцитах). Гликированный гемоглобин образуется при необратимом неферментативном связывании глюкозы с гемоглобином. Гемоглобин A1c – это комбинация глюкозы и гемоглобина A. Количество HbA, который при гликировании превращается в форму HbA1c, пропорционально средней концентрации глюкозы в крови за последние 90-120 дней. У здоровых людей гликируется около 3-6% HbA; у пациентов с сахарным диабетом процент HbA1c может быть вдвое-втрое выше, в зависимости от стадии гипергликемии. При нормализации уровня сахара в крови у диабетических пациентов уровень HbA1c постепенно снижается до нормальных значений.

HbA1c накапливается в эритроцитах и существует в этой форме до окончания жизни клеток. Поскольку средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет примерно 60 дней, концентрация HbA1c не может меняться быстро. Измерение HbA1c каждые 2-3 месяца служит индикатором уровня глюкозы за этот период и обеспечивает объективный контроль за состоянием пациентов с сахарным диабетом в период между осмотрами врача. Уровень HbA1c изменяется в ответ на терапию, соблюдение диеты приблизительно через 3-4 недели после начала воздействия.

Клиническое применение теста на HbA1c

Мониторинг сахарного диабета

Американская диабетическая ассоциация (ADA) подчеркивает, что терапевтической целью при лечении людей с сахарным диабетом является нормализация уровня глюкозы в крови. Множество исследований на основе традиционных методов определения глюкозы крови показали строгую корреляцию между контролем уровня HbA1c и гликемией. Пациенты, соблюдающие правила терапии и постоянно контролируемые уровень гликемии, должны осуществлять измерение HbA1c как минимум два раза в год. Пациентам, у которых была изменена терапия, или пациентам, не имеющим точно поставленных целей в лечении гликемии, необходимо проводить измерение уровня HbA1c ежеквартально

Скрининг сахарного диабета

В январе 2010 года ADA представила рекомендации

по использованию HbA1c для скрининга сахарного диабета:

- При отсутствии признаков сахарного диабета его скрининг должен начинаться для всех лиц в возрасте от 45 лет.
- В случае получения результатов в пределах нормы повторные обследования должны проводиться каждые три года, в зависимости от первоначальных результатов и наличия риска обследование может проводиться более часто.

Диагностика сахарного диабета

Уровень HbA1c в пределах 5,7-6,4% свидетельствует о высоком риске возникновения сахарного диабета в будущем (преддиабетическое состояние). Пациенты с уровнем HbA1c 6,5% и выше имеют высокий риск постановки диагноза «сахарный диабет», если данные повторного исследования подтверждают первичный результат.

Стандартизация исследований HbA1c

Девятилетнее исследование по контролю диабета и его осложнений (DCCT), закончившееся в 1993 году, показало, что риск появления и развития хронических осложнений, связанных с сахарным диабетом 1-го типа, тесно связан с успехом контроля гликемии, установленной посредством измерения уровня HbA1c.

Схожие с DCCT результаты были получены Британским проспективным исследованием сахарного диабета (UKPDS).

Результаты исследований DCCT и UKPDS послужили достаточным основанием для внедрения определения HbA1c в практику мониторинга сахарного диабета.

В 1996 году Национальная программа по стандартизации гликогемоглобина (NGSP) организовала систему референтных лабораторий для калибровки и стандартизации коммерческих методов исследования HbA1c. По прошествии более десяти лет ADA и Международный экспертный комитет (IEC) признали прогресс в стандартизации методов определения гликированного гемоглобина и рекомендовали использование определения HbA1c для скрининга и диагностики сахарного диабета.

НbA1c и скрининг сахарного диабета

После того как ADA рекомендовала для скрининга сахарного диабета использование теста на определение НbA1c, требования к качеству проведения исследования стали еще более значительными. ADA рекомендует использование тестов НbA1c, сертифицированных NGSP и стандартизированных согласно DCCT. Для пациентов с вариантными формами гемоглобина, но нормальной скоростью обновления эритроцитов должны быть использованы методы определения НbA1c без интерференции с вариантами гемоглобина. Использование портативных анализаторов НbA1c не рекомендуется, так как эти приборы в настоящее время еще не обладают должным уровнем воспроизводимости результатов.

Значения НbA1c, равные 5,7–6,4%, указывают на то, что концентрация глюкозы крови находится на предиабетическом уровне, т.е. выше нормы, но не настолько, чтобы поставить диагноз «сахарный диабет». Мониторинг пациентов с предиабетом должен происходить каждый год. Если тесты остаются в норме, то повторное исследование рекомендовано с трехлетним интервалом. Диагностика сахарного диабета должна проводиться, как только уровень НbA1c составил 6,5% или более. В случае отсутствия ясного клинического обоснования диагноза «сахарный диабет» лабораторные исследования должны быть проведены повторно для исключения лабораторной ошибки, как и для большинства других диагностических тестов.

Переходя во второе десятилетие XXI века, полезно оглянуться назад и осознать, насколько увеличилась клиническая эффективность тестов для определения НbA1c в последние годы.

В настоящее время это исследование рекомендовано для следующих целей.

• Мониторинг сахарного диабета

Пациенты, соблюдающие правила терапии и постоянно контролирующие состояние гликемии, должны измерять НbA1c дважды в год; пациентам, у которых была изменена терапия, или пациентам, не имеющим точно поставленных целей в лечении гликемии, необходимо проводить измерение уровня НbA1c ежеквартально.

• Скрининг сахарного диабета

ADA рекомендует наблюдать за пациентами, включенными в группу риска по стилю жизни, этнической принадлежности или анамнезу; данная рекомендация также распространяется на лиц старше 45 лет.

• Диагностика сахарного диабета

ADA рекомендует интерпретировать результаты тестирования НbA1c, равные 6,5% или более, как наличие сахарного диабета; однако для подтверждения результата исследование должно быть проведено повторно с использованием того же метода.



ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА

АНАЛИЗАТОР D-10

D-10 от Bio-Rad – это простой в использовании ВЭЖХ-анализатор, сочетающий в себе возможность определения уровня НbA1c или комбинированно фракции НbA2/F/A1c для диагностики β-талассемии

Превосходные возможности

- *Время теста на НbA1c – 3 минуты*
- *Точные результаты в присутствии фракций НbС и НbS*
- *Определение патологических фракций гемоглобина*
- *Набор реагентов «Дуал» дает возможность одновременного количественного определения фракций НbA2, НbF и НbA1c для выявления пациентов с β-талассемией*

Простота и удобство

- *Идеальный выбор для лабораторий, проводящих до 20 000 тестов в год на НbA1c или при существующей потребности выявлять патологические фракции гемоглобина*
- *Полностью автоматизированный анализатор с возможностью подключения к ЛИС и работы с первичными пробирками*
- *Возможность использовать в качестве образца венозную или капиллярную кровь*
- *Встроенный ПК, интуитивно понятное русифицированное программное обеспечение*
- *Простое переключение между определением НbA1c и тестом на β-талассемию без смены набора*
- *Возможность подключения загрузчика штативов для одновременной установки до 50 образцов*

Обратитесь в отдел продаж:
Тел.: +7 (391) 226 64 16
Официальный бизнес-партнер
MEDSINTES
group



СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ



Борис Васильевич Харьков
Генеральный директор ООО МДК «Енисей»

Борис Васильевич, расскажите, пожалуйста, об истории становления компании МДК «Енисей остеосинтез».

Компания была основана в 2001 году. В настоящее время МДК «Енисей остеосинтез», осуществляя свою деятельность практически по всей Восточной Сибири, в частности, по Красноярскому краю, Хакасии, Тыве, Иркутской области, Бурятии и Забайкальскому краю, предлагает специалистам современные комплексные решения для травматологии, ортопедии, спинальной и челюстно-лицевой хирургии. Это инструменты, имплантаты и биоматериалы для хирургической фиксации, коррекции и восстановления скелета человека.

Мы являемся официальным партнером нескольких производителей, таких как DePuy Synthes (травматология, эндопротезы суставов), DePuy Mitek (артроскопия), Mathys, Швейцария (эндопротезы суставов), Double Medical, Китай (травматология, спинальная хирургия), «Остеосинтез», Россия (травматология).

Благодаря такой широкой линейке продукции у нас есть возможность удовлетворить потребность клиник практически в любом ценовом диапазоне — от бюджетных до самых инновационных вариантов.

Особо хочется отметить направление, представленное брендом DePuy Synthes, который входит в состав группы компаний Johnson&Johnson, а это крупнейший в мире производитель решений в области травматологии и ортопедии.

В чем причина такой популярности продукции DePuy Synthes в мире?

— медицина и бизнес —

Дело в богатой истории компании. Еще до входа в состав Johnson&Johnson в 2013 году швейцарская компания Synthes была крупнейшим поставщиком на мировой рынок имплантатов для травматологии и, что очень важно, главным поставщиком идей и технологий в современной травматологии, безоговорочным лидером по качеству и инновационности продукции. Большинство продукции производителей, не ведущих широкой научной деятельности, является копиями или несколько измененными копиями продуктов Synthes.

Как удалось компании стать лидером и долгие годы удерживать этот статус, ведь в эпоху глобализации и доступности информации практически невозможно хранить в секрете технологии производства?

Можно купить такие же станки, какие используются на заводах Synthes, нанять высококвалифицированных инженеров, создать им условия... Дело не в этом. Инженер, даже отличный, не может понимать медицинские аспекты лечения пациентов так, как понимает их доктор. С другой стороны, доктор редко знает, как воплотить свои идеи, что называется, «в камень», или в титане, или в полиэтилене. То есть секрет в том, как сделать так, чтобы идеи, зародившиеся в голове доктора понимающего, как никто, область, в которой он трудится, были реализованы максимально эффективно. Именно это полвека назад произошло, когда лучшие доктора Европы решили объединить свои силы и создали Международную Ассоциацию по изучению методов внутренней фиксации – АО/ASIF, сокращенно АО. Когда идеи, зародившиеся в АО, были сформулированы, понадобилось выбрать производителя, который помог бы технически реализовать их. Этим производителем впоследствии стала компания Synthes. Таким образом, DePuy Synthes стала производителем продуктов созданных и опробованных практикующими травматологами.

Борис Васильевич, расскажите подробнее, чем сейчас занимается АО, ведет ли организация деятельность в России?

Да, работает российская секция АО, насчитывающая более 50 человек, куда входят ведущие специалисты России. Не так давно ряды российской секции пополнились представителями красноярских больниц, и мы все, безусловно, можем этим гордиться. Я бы назвал АО содружеством неравнодушных травматологов. Помимо выполнения своих непосредственных обязанностей на службе действующие члены АО занимаются распространением идей, «философии» АО. Регулярно проводятся базовые, продвинутые мастер-курсы, семинары, выездные показательные операции, где в качестве преподавателей привлекаются действительные члены ассоциации. На этих мероприятиях поощряется непосредственное обще-

ние между докторами, обмен опытом, причем всегда двусторонний. Преподаватели подчеркивают, что постоянно учатся у своей аудитории, обсуждают идеи. Ведь у каждого практикующего доктора имеется свой уникальный опыт.

В результате в недрах АО рождается метод лечения. И им может пользоваться рядовой доктор, который, точно выполнив все этапы метода лечения, получит гарантированный опытом тысяч разных докторов результат.

Каким образом выстроены коммуникации с врачами у компании МДК «Енисей остеосинтез»?

Наша задача состоит в том, чтобы с максимальной точностью понять потребности наших докторов. Даже не столько потребности, сколько их стремления. Не только то, что им нужно сегодня, а лучше то, что потребуется завтра. Имея среди партнеров такие компании, как DePuy Synthes и АО, мы можем этого добиться путем предоставления врачам дополнительных возможностей для профессионального роста.

13 мая этого года АО совместно с Вашей компанией организует в Красноярске семинар «Междисциплинарный подход в лечении пациентов с политравмой». Какую цель Вы преследуете?

Поскольку травматология для нас является стратегически важным направлением, мы себя чувствуем очень ответственными за то, как будет развиваться тенденция мысли – и научной, и практической.

Актуальность проблемы политравмы сейчас весьма высока. Более 50% травмированных – это лица моложе 40 лет, что является причиной значительных медицинских и социальных проблем, а также огромных экономических потерь. Лечение больных с политравмой организовано в нашей стране недостаточно эффективно вследствие разного видения у специалистов разных профилей, поэтому задача семинара «Междисциплинарный подход в лечении пациентов с политравмой» сплотить вокруг этой проблемы хирургов, анестезиологов, травматологов для выработки совместных решений, выбора тактики лечения пациентов с политравмой, помочь научиться работать в одной команде. Для этого интернациональный лекторский состав хирургов, травматологов и анестезиологов представит современную междисциплинарную концепцию подхода к лечению политравмированных пациентов. Кстати, пример «заряженности» членов АО: за два дня до семинара в Красноярске преподаватели читают лекции в Беларуси. Такой вот плотный график.

Какие примеры успешной работы с БСМП Вы могли бы привести?

медицина и бизнес

Чуть менее чем за 15 лет совместной работы многого удалось добиться...

Конечно, по нашему профилю, больше всего успешных операций реализовано с 1 и 2 отделениями травматологии.

Здесь работают неравнодушные доктора, настоящие профессионалы своего дела. Но особо примечательно сотрудничество с отделением челюстно-лицевой хирургии. Традиционно работа челюстно-лицевых хирургов остается в тени. Так происходит во всем мире. Но только не в БСМП!

Когда было принято решение провести семинар по челюстно-лицевой хирургии в Красноярске, КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» предоставила актов зал. Для чтения лекций пригласили ведущего российского челюстно-лицевого хирурга высшей категории к.м.н., доцента Павла Николаевича Митрошенкова. Собрались ЧЛХ хирурги со всего Красноярского края, Хакасии, Тывы.

Во второй день успешно были проведены две уникальные операции. Работали совместно доктора краевой больницы, БСМП и П.Н. Митрошенков.

Тем самым получился образовательный проект с практическим применением, объединяющий докторов с разным клиническим опытом. Как говорится у травматологов, «согласно базовым принципам АО».

Это прекрасно видно на практике: если доктор сталкивается со сложным, нестандартным случаем, мы оперативно организуем информационную поддержку с ведущими российскими и зарубежными специалистами в этой сфере, давая врачу возможность доступа к крупнейшему в мире ресурсу с материалами и знаниями, поддерживающими травматологов в их повседневной жизни.

Что, с Вашей точки зрения, выделяет компанию МДК «Енисей остеосинтез» из ряда других компаний поставщиков?

У компании МДК «Енисей остеосинтез» настолько полное сегодня портфолио, что для лечения любой травмы, любой локализации мы можем предложить отдельное решение.

Самое главное, то, что мы предлагаем не просто конструкции, а надежные хирургические техники для эндопротезирования суставов, оперативного лечения переломов, для челюстно-лицевой и хирургии позвоночника.

Предоставляем большое количество уникальных решений для лечения переломов любой локализации

верхних, нижних конечностей и в области таза, также биоматериалы – биodeградируемые имплантаты и материалы для замещения костной ткани.

А еще мы умеем заглянуть за горизонт, помочь найти клинике и доктору новые пути развития.

Ваша деятельность социально ориентирована, и это заслуживает уважения. Какие планы на ближайшее будущее?

В перспективе мы рассматриваем другие отрасли медицины, где возможно применение принципов и идей, сходных с теми, которыми Ассоциация остеосинтеза (АО) предлагает в травматологии и ортопедии.

МДК
Енисей

г. Красноярск,
ул. Ады Лебедевой, 20
тел./факс (391) 22-777-00,
тел. (391) 22-780-39
+7(913) 193-74-64
email: mdk-manager@mail.ru

— из истории одного отделения —

ИСТОРИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БСМП

История урологической службы БСМП началась в уже далеком 1974 году.
Тогда были образованы два урологических отделения по 60 коек.

АВТОРЫ

**А.Ю. Окладников¹,
Т.В. Бурганова²,
А.В. Романенко¹**

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

*2. КГБУЗ «Красноярский краевой
госпиталь ветеранов войны»*



*Профессор
Николай Иванович Захаров*

Первыми заведующими работали два высококлассных специалиста, обладавшие большим жизненным и профессиональным опытом: Зинаида Игнатьевна Соловьева и Людмила Леонидовна Катанаева.

В те годы в БСМП была сосредоточена вся стационарная урологическая служба Красноярска. Осуществлялся прием и экстренных, и плановых больных. Медицинская помощь оказывалась на самом современном для того времени уровне.

Первыми сотрудниками урологического отделения были В.И. Подольский, Т.В. Бурганова, С.В. Баженов, С.С. Луц, С.Е. Саминский, А.Л. Гроза, Г.И. Еремина и З.П. Бурлакова.

Работа проходила в постоянном тесном сотрудничестве с кафедрой урологии КГМИ, в частности, с З.А. Павловской, З.А. Андрейчиковой, Г.А. Волковой, В.Р. Бронером и В.В. Черепановым.

Кафедру возглавлял профессор Николай Иванович Захаров, чьи труды по реконструкции уретры имели всесоюзное значение. Кафедра и отделения урологии активно участвовали в жизни Всесоюзного общества урологов.

Поскольку основными методами обследования урологических больных являлись и являются рентгенологические, большую роль в работе службы сыграла организация рентгенологического кабинета, где многие годы плодотворно трудилась и оказывала большую помощь в постановке правильного диагноза опытный уролог-рентгенолог Нина Викторовна Педак.

На развитие урологической службы огромное влияние оказало создание в 1975 году радиологической лаборатории, которую с 1986 года и по настоящее время возглавляет врач-уролог В.В. Черепанов.

С течением времени наступала закономерная смена составов отделений. На смену первым заведующим пришли В.И. Подольский, заслуженный врач

— из истории одного отделения —



*Первая заведующая 2-м
урологическим отделением
Зинаида Игнатьевна Соловьева*

РФ, и А.В. Романенко. На работу были приняты А.В. Андрейчиков, Л.П. Трушкова, Т.А. Большакова, В.Д. Азаренко, А.В. Путилин, А.Ю. Окладников, А.Н. Вохмин, М.Н. Одинцова, Ф.П. Капсаргин, Е.А. Ярыгина, А.В. Капкан, И.В. Богданов, П.В. Говорушкин.

Позднее в состав отделения влились А.В. Овсянников, А.В. Шипулин, А.В. Атраднов, О.Г. Шрамова, Е.В. Подольский, А.В. Андрианов, Е.П. Краснотуров, Р.А. Романенко, Г.А. Ширшов, А.Г. Ракчеев, Н.В. Киселева, С.М. Лазаренко, О.С. Галич, Ю.А. Бирюкова.

Кроме постоянных сотрудников многие годы плодотворно работали и работают наши славные совместители: П.А. Кот, Э.Г. Копылевич, А.В. Ершов, О.И. Ширякова.

Урологическая служба БСМП всегда играла большую роль в развитии кадрового потенциала города и края. Из стен больницы, продолжая славные традиции своих предшественников, вышли руководитель кафедры урологии доктор медицинских наук, доцент Ф.П. Капсаргин, заведующие отделения-



*Первая заведующая 1-м
урологическим отделением
Людмила Леонидовна Катаньева*

— из истории одного отделения —



ми в других больницах города: заслуженный врач РФ Татьяна Владимировна Бурганова и Александр Николаевич Вохмин. Долгие годы трудился на кафедре профессор А.В. Андрейчиков.

В настоящее время отделение было и остается клинической базой кафедры урологии, куратором от которой в отделении является к.м.н. доцент А.О. Суховерхов. В отделении постоянно проходят обучение студенты, врачи-интерны, ординаторы и врачи-курсанты.

В 1992 году благодаря администрации больницы и в первую очередь главному врачу Станиславу Игнатьевичу Стародубцеву, а также заместителю главного врача по хирургии Борису Захаровичу Когану впервые за Уралом было организовано отделение дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Приобретен литотриптер отечественного производства «Урат-П». Долгое время возглавляла отделение Т.В. Большакова. После ее перехода в другое лечебное учреждение заведующими отделением ДЛТ работали И.В. Богданов, А.В. Овсянников.

Несколько лет назад по программе модернизации здравоохранения Красноярского края и благодаря усилиям администрации больницы, возглавляемой Аркадием Борисовичем Коганом, для урологической службы приобретен и запущен в работу литотриптер «Медолит», отвечающий всем требованиям времени и имеющий современный дизайн. В настоящее время службу ДЛТ возглавляет М.В. Атраднов.

С 1994 года в нашем медучреждении начался новый этап оказания помощи урологическим пациентам. Была организована и успешно функционирует эндоурологическая операционная, где впервые в крае и в регионе начали проводиться практически все эндоскопические оперативные вмешательства, разработанные в мировой практике, больным с камнями почек, мочеточников, мочевого пузыря и предстательной железы. Внедрение данных методик лечения позволило значительно улучшить помощь пациентам, минимизировать операционную травму, сократить пребывание больных в стациона-

— из истории одного отделения —



ре. В оснащении эндоурологической операционной имеется современная аппаратура, позволяющая проводить визуальный и рентгентелевизионный контроль над ходом операции.

В БСМП активно внедряются новые методы лечения. Так, в 2008 году впервые в крае была применена и освоена уретропластика с использованием участка слизистой щеки при протяженных стриктурах уретры. Данная методика успешно применяется и в настоящее время.

Квалифицированное оказание помощи и успешное ведение больных в послеоперационном периоде невозможно без помощи среднего и младшего медицинского персонала. У истоков отделений урологии стояли медицинские сестры Л.И. Смышкова и Г.Н. Литвинец.

В настоящее время в урологическом отделении трудятся медицинские сестры Ж.А. Аксенова, С.А. Анищенко, М.В. Варламова, Л.Л. Володина, А.В. Дашкович, Н.В. Занозина, Г.П. Инюшева, О.А. Кабанец, А.К.Х. Кужугет, О.И. Кузнецова, Е.В. Куликова, Л.А. Курчевская, И.Ю. Лейбович, О.В. Манилова, Е.А. Никифоровская, А.Ю. Падерина, Е.А. Пидюрова, М.В. Пинигина, Т.С. Толмеева, С.В. Чумакова, Р.Т. Шаумарова, Н.А. Янгулова, Е.В. Янгулова.

Младший медицинский персонал: Т.С. Биче-оол, А.Г. Бороздина, С.А. Гашим-заде, С.Ш. Донгак, О.Н. Егорова, В.А. Кузнецова, Я.А. Мамаева, М.А. Меренцева, С.Р. Монгуш, Ч.А. Ооржак, А.П. Соколовский, А.А. Тарасова, Е.С. Тахмазян, А.С. Хозиева, С.Ш. Хертек, Т.В. Чолдак-Кыс, Т.З. Шагоракова, Н.И. Щедрин, М.Д. Юганова, Л.Н. Романенко, М.Е. Чугунова.

В 2012 году урологические отделения были объединены; организовано одно отделение на 70 коек. В настоящее время возглавляет отделение Алексей Юльевич Окладников – отличник здравоохранения РФ, средним и младшим медицинским персоналом руководит старшая медицинская сестра Н.Х. Джалилова

Отделение продолжает славные традиции своих учителей!

— золотой фонд БСМП —

ЭМИЛИЯ ВАСИЛЬЕВНА НИКОЛАЕВА

АВТОР

**С.В. Крикун,
Л.В. Торопова**

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

На фото:
П.Н. Николаев,
С.Ю. Коробейников,
Э.В. Николаева,
С.В. Крикун,
В.Л. Вершинская



1984 год,
С.В. Крикун,
В.В. Куклина,
Э.В. Николаева.

Эмилия Васильевна Николаева была устроена в БСМП врачом хирургом-стоматологом 17 сентября 1974 года. Участвовала в открытии больницы, отделения хирургической стоматологии. А уже в апреле 1980-го ее назначили заведующей отделением. В то время отделение было большим – на 60 коек, в нем оказывалась экстренная и плановая помощь как взрослым, так и детям. Какую только патологию не оперировали – и врожденные аномалии развития (расщелины неба, верхней губы), и опухоли. Очень много операций производилось по поводу воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области.

На базе отделения в те годы работала кафедра детской челюстно-лицевой хирургии – стоматологический факультет медицинского института был создан лишь двумя годами раньше... В 1987 году детскую челюстно-лицевую хирургию перевели в городскую детскую больницу №5, где открылось специализированное отделение.

А отделение БСМП, возглавляемое Эмилией Васильевной, было реструктурировано в 1989 году – его объединили с ЛОР-отделением. Получилось отделение хирургической стоматологии и ЛОР-болезней, с мощностью стационара – 70 коек! В коллектив влились врачи-оториноларингологи: Дранишников, Лыков, Федирко... И, следует отметить, Эмилия Васильевна успешно справлялась с руководством всей «дружной компании».

В 1997 году ЛОР-пациентов перевели в городскую клиническую больницу №20, а отделение челюстно-лицевой хирургии сократили до 30 коек. Но и им более трех лет довелось руководить Эмилией Васильевне.

Все годы заведования (без двух месяцев 20 лет!) Эмилия Васильевна не только много и успешно сама оперировала, управляла непростым «хозяйством», отделение всегда было настоящей «кузницей» кадров. Под руководством Эмилией Николаевой последипломную подготовку проходили врачи-интерны, причем

— золотой фонд БСМП —



Эмилия Васильевна много и значимо занималась с ними сама. В те годы в отделении активно готовились доклады, выпускались санбюллетени. А самое главное, как считают коллеги младшего поколения, Эмилия Васильевна была учителем в операционной, перевязочной, не скупясь обучала врачей тонкостям оперативной техники. Под ее руководством вышло несколько поколений замечательных хирургов-стоматологов!

В 2000 году в БСМП в соответствии с новыми веяниями в здравоохранении была организована служба внутреннего контроля качества. И первыми экспертами службы (работающими до настоящего времени!) стали врачи высшей квалификационной категории: по экспертизе качества хирургических видов помощи Э.В. Николаева, по экспертизе качества терапевтических видов помощи А.Г. Иванов. Эмилия Васильевна быстро и легко освоилась в новой должности, буквально став не только «грозой», но и наставником тем врачам хирургической службы, которые не всегда справляются со всеми нюансами ведения больных, заполнения медицинской документации. Ну а если недочеты и ошибки



На фото:
Э.В. Николаева,
С.В. Крикун,
А.А. Стопа,
А.Н. Борисов.

Она и сейчас, спустя 16 лет работы, является одним из «столпов» отдела, быстро вникая в нововведения, хорошо ориентируясь в тонкостях экспертной работы.

повторяются, Эмилия Васильевна спросит со всей строгостью! Она и сейчас, спустя 16 лет работы в отделе контроля качества медицинской помощи (приведено действующее наименование отдела), является одним из «столпов» отдела, быстро вникая в нововведения, хорошо ориентируясь в тонкостях экспертной работы.

Нельзя не упомянуть о том, что и в семье Эмилия Васильевна – тот костяк, «хребет», который берет на себя решение всех проблем; а еще о том, что и грибочки она до сих пор и сама соберет, и засолит так, что далеко не у каждой хозяйки получится!

Полгода назад мы отметили юбилей нашей Эмилии Васильевны и с удовольствием «пели ей дифирамбы» за бодрость духа, активность, трудоспособность...

Здоровья Вам, дорогая Эмилия Васильевна, благополучия, успехов во всех начинаниях!

— золотой фонд БСМП —

ВЛАДИМИР ИОСИФОВИЧ ПОДОЛЬСКИЙ

АВТОРЫ

**А.Ю. Окладников¹,
Т.В. Бурганова²,**

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

*2. КГБУЗ «Красноярский краевой
госпиталь ветеранов войн»*



Выдающейся личностью, заслуживающей особое уважение и признательность коллег и пациентов, являлся Владимир Иосифович Подольский, который отдал все силы, знания и умения своей любимой профессии – урологии.

Трудовая деятельность Владимира Иосифовича в качестве главного врача Верхнеуринской больницы Ирбейского района началась в 1963 году после того, как он окончил лечебный факультет Красноярского государственного медицинского института. Переехав в Красноярск в 1966 году, работал участковым врачом, затем, после прохождения специализации по урологии, врачом-урологом в городской поликлинике №12, с 1968 по 1974 год – врачом-урологом в городской больнице № 1. С 1974 по 2008 год местом профессиональной деятельности Владимира Подольского стало первое урологическое отделение БСМП, где с 1986 по 2004 год он занимал должность заведующего.

34 года отданы работе в БСМП – с момента образования в 1974 году урологических отделений.

В работе Владимир Иосифович чрезвычайно ответственно подходил к лечению пациентов. Для него не существовало понятий «выходные дни и праздники». Часто его видели в больнице во внерабочее время, когда он приходил из дома осматривать тревожных по состоянию больных, а при необходимости вставал к операционному столу. Такого же отношения к работе Владимир Иосифович требовал от своих коллег. Поражала его высокая работоспособность. Не зря коллеги называли Владимира Иосифовича «наш Железный Феликс».

— золотой фонд БСМП —



Сорок лет! Это тысячи спасенных людей, бессонные ночи и тревожные дни. Это десятки благодарных учеников.

Его оперативная техника отличалась академичностью, тщательностью и скрупулезностью. Особенно это проявлялось во время пластических и реконструктивных операций у детей, к лечению которых он подходил особенно трепетно.

Заведовать отделением Владимиру Подольскому пришлось в сложное время: перестройка, девяностые годы – нехватка медикаментов, задержки зарплат, смена коллектива. В отделение пришли не очень опытные молодые урологи. Часто приходилось Владимиру Иосифовичу брать на себя ответственность за принятие правильного решения. Нередко его вызывали на помощь по ночам, во внеурочное время. И никогда он не оставлял молодых коллег один на один в трудную минуту.

Несмотря на постоянное чувство цейтнота (операции, заведование, ночные дежурства), Владимир Иосифович был страстным болельщиком хоккейного клуба «Енисей». В любую погоду его можно было видеть на трибунах стадиона, когда играла любимая команда.

Владимир Иосифович Подольский был прекрасным семьянином, вырастил и воспитал двоих сыновей. Один из них – Евгений Владимирович – продолжает дело отца и в настоящее время трудится в том же отделении врачом-урологом.

Сорок лет! Это тысячи спасенных людей, бессонные ночи и тревожные дни. Это десятки благодарных учеников, некоторые из которых стали во главе урологических отделений городских и краевых больниц. В 1985 году Владимир Иосифович Подольский был награжден знаком «Отличник здравоохранения», а в 1990-м за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд его было присвоено звание «Заслуженный врач РСФСР».

Стиль его работы, отношение к пациентам и коллегам передается следующим поколениям молодых урологов.



от всей души

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

Главному врачу
КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»
А.Б. Когану
от Матвеевой Н.М.

Благодарность

Благодарю за спасение жизни моего внука
Копицина Михаила, находившегося в токсикологии с 04.12.15 и в неврологии с 9.12 по 12.01.2016 г.

Благодарю заведующую отделением Позднякову Марию Николаевну, лечащих врачей Кузнецову Мэри Викторовну, Кирееву Наталью Евгеньевну, весь обслуживающий персонал: старшую медсестру, сестру-хозяйку, медсестер и братьев, санитарок – за профессионализм и душевное отношение.

Спасибо за спасенную жизнь. Низкий поклон Вам.

Матвеева Н.М.
12.01.2016 г.

Благодарность

Уважаемые господа! Прошу высказать слова благодарности коллективу БСМП (отделение гнойной хирургии и кардиологии). Мне пришлось с помощью скорой помощи оказаться в этих отделениях, где трудятся очень внимательные, добрые врачи и обслуживающий персонал. Я за свою жизнь редко попадал в больницы. Но был и еще в одной крупной больнице города – не буду ее называть. Так вот отношение к пациентам совершенно разное. И я понял, где коллектив, готовый помочь человеку не только грамотным лечением, но и заботливым и внимательным отношением и сочувствием, коллектив, который выпустит человека из больницы здоровым. А вот в другом лечебном учреждении я ощутил на себе стремление снять кризис и отпустить во-свояси, а что дальше будет с тобой – им все равно. Вот такое сравнение побудило меня написать вам с просьбой отметить настоящих врачей от Бога, как говорится. Спасибо

большое Тяпкину С.И., а вот фамилию кардиолога (молоденькая, но очень грамотная) забыл, но не важно, важно, что там заботливые и хорошие врачи и медсестры. Находясь в больнице почти три месяца, я ощутил домашнее отношение к себе со стороны врачей, обслуживающего персонала. Спасибо! И прошу минздрав найти возможность отметить работу БСМП.

С уважением,
Валерий Бобровник

Тема: Отзыв
Вопрос: Хочу выразить глубокую благодарность всем сотрудникам инфекционного отделения благодарностью Альбине Анатольевне Удировой и младшему медицинскому персоналу, и особенно высококвалифицированную медицинскую помощь моему сыну Игорю Анатольевичу, поступившему в больницу в тяжелом состоянии по скорой помощи. Большое спасибо ВАМ ЛЮДЯМ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ!

Главному врачу
КГБУЗ «КМКБСМП им.
Н.С. Карповича»
А.Б. Когану от
Матвеевой Н.М.

Благодарность

Благодарю за спасение жизни
моего внука Копицина Михаила,
находившегося в токсикологии
с 04.12.15 и в неврологии с 9.12 по 12.01.16 г.
Благодарю заведующую отделением Позднякову Марию Николаевну, лечащих врачей Кузнецову Мэри Викторовну, Кирееву Наталью Евгеньевну,
весь обслуживающий персонал:
старшую медсестру, сестру-хозяйку, медсестер
и братьев, санитарок за
профессионализм и душевное
отношение. Спасибо за спасенную
жизнь. Низкий поклон Вам.

Матвеева Н.М.
12.01.2016.

Кризис
высоте
на осм
Врач
Летоб

12.01.2016
Н.С. Карповича

от всей души

*Благодарственное письмо
Аркадию Борисовичу Когану –
главному врачу БСМП*

Уважаемый Аркадий Борисович!

В преддверии наступающего 2016 нового года. Тепло и сердечно поздравляю Вас, коллектив врачей в белых халатах всех отделений, инфекционное при БСМП, подаривших нам жизнь!

С Новым 2016 годом! Всем желаю здоровья, успехов в жизни и работе.

Благодарственное письмо врачам и медицинскому персоналу инфекционного отделения

Поздравляю всех, желаю быстрее выздоровления.

Отличительная черта инфекционного отделения – доброжелательность, спокойное отношение к пациентам, быстрое оказание помощи на выздоровление. Приятно, когда за отделением приходит вместе с лечащими врачами в палаты на осмотр пациентов.

Врач Анастасия Игоревна Бекерт – лечащий от Бога! Она психолог наших душ. Всегда поможет, посоветует, успокоит. Таких специалистов нужно беречь, повышать в должности.

Заполняя журнал назначений лекарственных средств, передает их на пост медсестер, которые в указанное время все исполняют. Ставят капельницы, уколы, катетеры мочевые, периферические, клизмы, дают таблетки. Клизменные комнаты обрабатываются дезинфекционным аквахлором, это туалеты, ванны, раковины.

В палатах протирают плафоны, подоконники, двери, тумбочки. Палаты моют, кварцуют, проветривают, аккуратно меняют белье.

В инфекционном отделении чистота и порядок. В холодильниках только свежие продукты, холодильники промывают, выключают из розетки. Светлана Викторовна Липнягова все держит под контролем.

Преогромное спасибо за лечение и внимание к пациентам.

*Ветеран Великой Отечественной войны
Олимпиада Тимофеевна Шевченко.
31 декабря 2015 г.*

Министерство здравоохранения Красноярского края

От: Валерий Бобровник «bobrovnik_valer@mail.ru»
Отправлено: 22 марта 2016 г. 16:03
Кому: Министерство здравоохранения Красноярского края
Тема: благодарность

Уважаемые господа! Прошу выказать слова благодарности коллективу БСМП (отделение гнойной хирургии и кардиологии). Мне пришлось с помощью скорой помощи, оказавшейся очень внимательными, добрыми врачами и обслуживающим персоналом. Я за свою жизнь редко попадал в больницу. Но была и еще в одной крупной больнице города. Не буду ее называть. Вот, отношения к пациентам совершенно разные. И я понял, где есть коллектив с целью помочь человеку не только грамотным, но и внимательным отношением и сочувствием.

—С уважением,
Валерий Бобровник

*Благодарственное письмо.
Коган Аркадию Борисовичу
глав. врачу БСМП.
Уважаемый Аркадий Борисович!*

*В преддверии наступающего
2016, Нового года,
тепло и сердечно поздравляю Вас,
коллектив врачей в белых халатах
всех отделений, инфекционное при
БСМП подаривших нам жизнь!
С Новым 2016 годом!
Всем желаю здоровья, успехов в жизни
и работе.*

*Благодарственное письмо
врачам и мед. персоналу инфекционного
отделения. Поздравляю всех, желаю
быстрейшего выздоровления.
Отличительная черта инфекционного
отделения! Доброжелательность, спокойное
отношение к пациентам, быстрое
оказание помощи, на выздоровление
приходит вместе с лечащими врачами и мед. перс.
на осмотр пациентов.*

*Врач Бекерт Анастасия Игоревна
лечащий от Бога!*

Благодарность

Хочу выразить глубокую благодарность всем сотрудникам инфекционного отделения №1: лечащим врачам реанимации, среднему и младшему медицинскому персоналу и особую благодарность Альбине Анатольевне Упировой за оперативно оказанную высококвалифицированную медицинскую помощь моему сыну Игорю Анатольевичу, поступившему в больницу в тяжелом состоянии по скорой помощи. Большое спасибо ВАМ – ЛЮДЯМ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ!

случай из практики

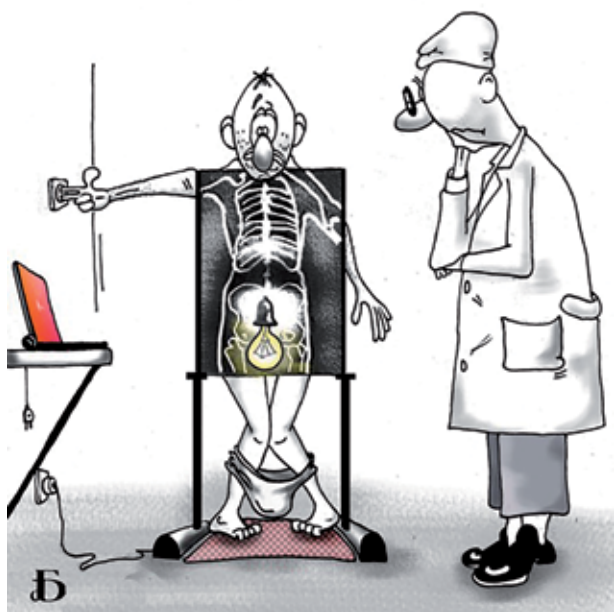
ОДНА ИЗ ПОСЛЕДНИХ КУРЬЕЗНЫХ ИСТОРИЙ

В.П. Бахарев

заведующий рентгенологическим
отделением
КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

В далеком 1974 году в БСМП открылось рентгенологическое отделение. За прошедший отрезок времени (42 года!) менялось многое вокруг нас. Появились новые методики, приобретено новое оборудование, пришли новые люди – неизменным остался лишь профессионализм сотрудников отделения, за время существования которого каких только историй мы не слышали от своих коллег! А в каких-то и сами становились непосредственными участниками. Порой это было смешно, а иногда по-настоящему грустно. Но есть и такие истории, когда осознаешь, насколько важны современные методы диагностики и как здорово, что в помощь врачу и пациенту у нас есть возможность применять их на практике.

Один из последних случаев кроме как курьезным не назовешь. В декабре 2015 года при обследовании пациента из Таджикистана по поводу заболевания почек на рентгенограммах брюшной полости было обнаружено инородное тело металлической плотности. Этим самым телом оказался обыкновенный хирургический зажим с лопнувшей одной из бранш. Как выяснилось из анамнеза, в 2006 году пациент был оперирован у себя на родине по поводу желчнокаменной болезни, в самый тот момент и был оставлен у него в брюшной полости этот «сувенир». В нашей клинике пациент был прооперирован, и зажим благополучно удалили из брюшной полости. В удовлетворительном состоянии гость из ближнего зарубежья был выписан из нашего стационара. Возможно, эта случайная «находка» спасла ему жизнь. А мы приобрели в свою копилку еще один уникальный случай.





Газы крови
Кардиомаркеры
Коагулология
Диабет/гемоглобин
Токсикология
Гематология
Иммунохимия
Иммунология/аутоиммунные маркеры
Инфекционные заболевания
ПЦР
Экспресс-диагностика
Биохимические исследования
Специализированные исследования
Лекарственный мониторинг
Общий объем мочи



Контрольные материалы Био-Рад для ежедневного контроля качества

Широкий выбор независимых контрольных материалов, который охватывает большинство проводимых исследований в лаборатории.

Воспользуйтесь преимуществами мультианалитных контролей Био-Рад с продолжительным сроком годности.

Обратитесь в отдел продаж:
Тел.: +7 (391) 226 64 16
Официальный бизнес-партнер
MEDSINTES
group