



НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Янин Вадим Николаевич:

**ЖИЗНЕННОЕ КРЕДО НАСТОЯЩЕГО МЕДИКА –
ЭТО ПОСТОЯННАЯ ГОТОВНОСТЬ ПРИЙТИ НА ПОМОЩЬ,
ТРЕБУЮЩАЯ ОГРОМНЫХ СИЛ, ЭНЕРГИИ И ЧУТКОСТИ**

— *стр. 19* —

**РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ
В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

— *стр. 21* —

**ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ
У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ**

— *стр. 32* —

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ
БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ**

— *поздравления* —



В.А. Толоконский
Губернатор Красноярского края

Дорогие друзья!

Примите самые искренние поздравления с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Высокий профессионализм, оперативность и колоссальный практический опыт специалистов Красноярской межрайонной клинической больницы имени Н.С. Карповича хорошо известны практически всем жителям столицы края. Тысячи красноярцев были спасены талантливыми врачами и их помощниками, а срочную, неотложную помощь за несколько десятков лет получили около двух миллионов жителей.

С каждым годом своей истории главная больница скорой медицинской помощи Красноярска становится все более современной. Строятся новые корпуса, внедряются передовые медицинские технологии, растут лечебно-диагностические возможности клиники, расширяется база для подготовки молодого поколения красноярских врачей, повышения квалификации работающих кадров. Масштабная реконструкция, которая началась в преддверии Всемирной зимней универсиады 2019 года, позволит увеличить мощности крупнейшей городской больницы почти в два раза и выведет на новый уровень систему здравоохранения Красноярска.

Дорогие друзья, уверен, благодаря высочайшей квалификации врачей и медперсонала, по-настоящему самоотверженной борьбе за здоровье каждого из пациентов БСМП всегда будет на передовой здравоохранения, а ваша работа – примером истинного служения людям. От всей души желаю коллективу больницы здоровья, благополучия и неиссякаемой энергии, чтобы продолжать с успехом заниматься благородным и важным делом.



А.В. Усс
Председатель Законодательного
собрания Красноярского края

*Уважаемые медицинские
работники и ветераны отрасли!*

Примите искренние поздравления с профессиональным праздником! Ваша профессия особенная: она по праву считается одной из самых сложных и самых гуманных. И не только потому, что овладеть нужными навыками непросто. Каждый рабочий день ставит перед вами новую задачу, и цена принятому решению – здоровье, а подчас и жизнь человека. Все это требует отточенного мастерства и большой ответственности, терпения и стойкости, чуткости и душевной щедрости.

Коллектив Красноярской БСМП всегда отличался высоким профессионализмом. На протяжении более чем сорока лет он добросовестно выполняет свою нелегкую работу и прилагает все усилия для оказания качественной медицинской помощи жителям нашего края. Ваша забота позволяет людям побороть недуги и обрести уверенность в себе.

Наш регион уделяет здравоохранению особое внимание. В бюджете на эту отрасль ежегодно закладываются средства, исчисляемые десятками миллиардов рублей. Строятся новые медицинские центры, ремонтируются больницы, закупается современное оборудование. Но именно вы, самоотверженно работая на результат, повышая свою квалификацию, осваивая передовые методы диагностики и лечения пациентов, сохраняете и приумножаете лучшие традиции отечественной медицины.

Желаю вам и вашим семьям крепкого здоровья и благополучия!

—поздравления—



В.Н. Янин
*Министр здравоохранения
Красноярского края*

Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляю вас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Лечить людей – не простая работа, это искусство, «высокое служение во имя Человека и на благо человечества»! Тысячи жизней красноярцев спасли в БСМП, сколько человеческих судеб уберегли от излома. Жизненное кредо настоящего медика – постоянная готовность прийти на помощь, требующая огромных сил, энергии и чуткости.

В наш профессиональный праздник желаю всему коллективу Красноярской краевой клинической межрайонной больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича меньше бессонных ночей и больше благодарных пациентов! В этот праздничный день примите искренние слова благодарности за нелегкий труд, за неиссякаемый оптимизм и желание верно служить выбранному делу, а также пожелания крепкого здоровья, счастья, благополучия, мира и добра!



С.В. Козаченко
*директор ТФОМС
Красноярского края*

*Уважаемые коллеги,
поздравляю вас с Днем
медицинского работника!*

Ваш труд – важнейшая составляющая общего дела, направленного на сохранение наивысшей ценности человека: его здоровья. Больница скорой медицинской помощи – одно из самых крупнейших и самых народных медицинских учреждений города. Ежегодно в ваши заботливые руки поступает более 60 000 человек, это бесконечный поток пациентов и неотложные клинические ситуации.

Работа в таком ритме возможна благодаря высокому профессионализму и равнодушной отношению ваших сотрудников. Несмотря на то, что история БСМП насчитывает более 40 лет, вы не стоите на месте, а шагаете в будущее, переходя на более высокий уровень оказания специализированной медицинской помощи, приобретая современное оборудование, развивая новые направления деятельности.

Для Территориального фонда обязательного медицинского страхования вы – особая категория партнеров, совместная работа с которыми дает уникальную возможность ощутить себя причастными к вашему высокому и милосердному делу.

Примите мои искренние и теплые поздравления. Пусть ваш профессионализм, чуткое сердце и золотые руки всегда будут вознаграждены признательностью и любовью! Пусть ваши цели всегда будут достижимы, а мечты осуществимы. С праздником!

поздравления



И.П. Артюхов,
ректор ГБОУ ВПО
«Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Уважаемые коллеги!

Примите мои самые теплые, искренние поздравления с Днем медицинского работника!

Ваша трудная и ответственная работа требует невероятного терпения, милосердия, мужества и высочайшего профессионализма.

У нас с вами одна главная общая задача: беречь здоровье людей. Мы должны воспитать детей, дать им профессию и научить помогать людям. Задача всего нашего общества – сделать все необходимое для повышения престижа профессии медработника.

Большинство врачей в Красноярске и Красноярском крае – выпускники нашего университета. Позвольте выразить вам глубочайшую признательность за Ваш нелегкий, самоотверженный, подвижнический труд, за отзывчивое сердце и стремление помочь людям!

От всей души желаю Вам крепкого здоровья, оптимизма, благополучия, успехов в вашей благородной работе и уверенности в завтрашнем дне!



А.Б. Коган
Главный врач

Уважаемые коллеги!

*Поздравляю вас
с профессиональным праздником –
Днем медицинского работника!*

Мы с вами живем в сложной политической и экономической ситуации. Но мы верим в завтрашний день! Мы научились делать сложнейшие операции с применением новых технологий, на современном оборудовании, с применением современных расходных материалов, мы умеем спасать людей, можем значительно повысить качество их жизни, и мы уверены – у нас всегда будет возможность это сделать.

Несмотря на все трудности, вы всегда готовы прийти на помощь, ваши золотые руки и отзывчивые сердца всегда будут стоять на страже здоровья людей.

Еще вчера мы о многом только мечтали. Сегодня быстрыми темпами строится новый хирургический корпус, планируется ремонт ряда отделений, решается вопрос организации питания пациентов в лучших условиях.

Я желаю крепкого здоровья вам и вашим близким! Желаю развивать свои профессиональные компетенции, и всегда, наряду с профессионализмом, пусть вам сопутствует удача! С праздником вас, уважаемые коллеги!

— знаменательные даты —

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

Маковкина Бориса Леонидовича,
ведущего инженера-электроника технического отдела

Перфильеву Нелли Дмитриевну,
врача акушера-гинеколога гинекологического отделения

Бабанову Галину Федоровну,
гардеробщица

Ромбаеву Веру Николаевну,
оператора электронно-вычислительных и вычислительных машин отдела главного механика и энергетической службы

Трушкову Любовь Петровну,
врача-уролога урологического отделения

Сказку Татьяну Борисовну,
заведующую бактериологической лабораторией

Гершевича Александра Сергеевича,
лифтера

Базарина Петра Викторовича,
заведующего 1-м хирургическим отделением

Шипулина Петра Александровича,
врача акушера-гинеколога гинекологического отделения

Пономареву Валентину Михайловну,
рентген-лаборанта рентгенологического отделения

Войчук Наталью Васильевну,
медицинскую сестру 3-го хирургического отделения

Свищева Олега Константиновича,
плотника

Зенькову Татьяну Дмитриевну,
медицинскую сестру отделения анестезиологии и реанимации

Хуснутдинову Татьяну Петровну,
санитарку отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Пшеничникову Аграпину Филипповну,
медицинскую сестру 2-го инфекционного отделения

Анцан Анну Генриховну,
медицинскую сестру стоматологического отделения

Коваленко Сергея Викторовича,
врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Бугаенко Елену Николаевну,
маляра

Рогкустова Виталия Юрьевича,
врача-хирурга 3-го хирургического отделения

Кареву Людмилу Ивановну,
медицинского регистратора приемного отделения

Аликину Ирину Петровну,
медицинского лабораторного техника клинко-диагностической лаборатории

Руденко Маргариту Николаевну,
санитарку эндокринологического отделения

Зинченко Тамару Григорьевну,
медицинскую сестру операционного блока

Спасскую Марину Егоровну,
санитарку патологоанатомического отделения

Данилкину Нину Ивановну,
кухонного работника пищеблока

Тагирову Гульфию Шартыновну,
старшую медицинскую сестру нефрологического отделения



редакторская коллегия



Главный редактор:

А.Б. Коган
Главный врач



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



С.Г. Маслов
Заместитель главного
врача по хирургии



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



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



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



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



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



И.Г. Юрикова
Заместитель
главного врача
по экономическим
вопросам

содержание

ПОСТАВЛЕННЫЕ ЗАДАЧИ ТРЕБУЮТ ЕЖЕДНЕВНОЙ БОЛЕЕ НАПРЯЖЕННОЙ РАБОТЫ	стр. 12 актуальное интервью
В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДНИХ НОВАЦИЙ В СФЕРЕ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ	стр. 14 наука и практика ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	стр. 19 наука и практика
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ	стр. 21 наука и практика
МАСТЕР-КЛАСС «МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ»	стр. 26 наука и практика
ТРЕХЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	стр. 28 наука и практика
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ	стр. 32 наука и практика
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ V617F JAK2 СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	стр. 33 наука и практика
ДИАТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ В ЭЛЕКТРОХИРУРГИИ	стр. 36 медицина и бизнес
ЖИЗНЬ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЙ	стр. 38 медицина и бизнес
из истории одного отделения «ВТОРАЯ ТРАВМА»...	стр. 41
БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК БСМП	стр. 45 золотой фонд БСМП
АЛЕКСАНДР ГЕОРГИЕВИЧ АРТИУХ	стр. 49 золотой фонд БСМП
ДОЦЕНТ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ГАЙДУКОВ	стр. 51 золотой фонд БСМП
ОТЛИЧНИЦА ПО ЖИЗНИ	стр. 53 золотой фонд БСМП
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ	стр. 55 от всей души
НЕ БЫЛО БЫ СЧАСТЬЯ...	стр. 59 случай из практики

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

Учредитель:
Краевое государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница
скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича».
Главный редактор: Коган 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.
Июнь 2016 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

новости

ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

31 мая на базе КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» прошло заседание коллегии министерства здравоохранения «О состоянии и перспективах развития онкологической помощи населению Красноярского края».

Главный врач онкологического диспансера А.А. Модестов представил Концепцию развития онкологической службы Красноярского края.



Также были заслушаны доклады:

1. «Новая поликлиника – новые подходы к организации онкологической помощи на этапе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер» (С.Э. Покровская, заведующая поликлиникой КККОД).
2. «Изменение подходов к диспансерному наблюдению онкологических больных и системе подготовки кадров в онкологии» (Р.А. Зубков, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО).
3. «Организация онкологической помощи на уровне межрайонного центра» (Д.Ю. Лебедев, главный врач КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница № 1»).
4. «Роль и место первичного звена в выявлении злокачественных новообразований» (В.С. Милицин, главный врач КГБУЗ «Назаровская районная больница»).

19 И 20 МАЯ В БСМП ПРОШЛА XI РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ».

Ее участниками стали 169 человек: сотрудники и руководители станций и отделений скорой медицинской помощи большинства районов Красноярского края, специалисты министерства здравоохранения Красноярского края, КрасГМУ и краевых учреждений здравоохранения.



Главный внештатный специалист МЗ КК д.м.н. доцент О.А. Штегман доложил о состоянии службы скорой медицинской помощи в Красноярском крае и обозначил перспективы развития.

Председатель Краевого регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» профессор А.А. Попов отчитался о проведенной за отчетный период работе и актуализировал вопросы необходимости участия медицинского персонала в общественных профессиональных сообществах.

В ходе пленарных заседаний с докладами выступили профессора А.А. Попов и Е.А. Попова, кандидаты медицинских наук, доценты Н.В. Хало, С.Е. Головенкин, кандидаты медицинских наук А.В. Лоленко и А.А. Газенкамф, а также С.Г. Новохацкий, Н.Г. Россихин, Е.В. Самохвалов, А.М. Романенко, С.А. Креков, М.А. Большакова и другие.

Докладчики поделились опытом организации работы скорой медицинской помощи, уточнили порядок действия персонала во время оказания экстренной медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, острых отравлениях, ДТП. Также были затронуты вопросы оценки качества медицинской помощи, проблемы реализации приказов по службе скорой помощи, применения современных лечебных и диагностических средств на догоспитальном этапе.

новости

В рамках конференции был проведен круглый стол по проблеме аутсорсинга транспортных услуг в рамках программы «Новая скорая помощь».

МАСТЕР-КЛАСС ИЗ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

12 мая в рамках работы Конгресса урологов Сибири в КМКБСМП им. Н.С. Карповича на базе урологического отделения был проведен мастер-класс по оперативному лечению аденомы простаты.

Операции выполнены участником и докладчиком конгресса – заведующим урологическим отделением больницы им. Св. Луки г. Санкт-Петербурга к.м.н. Игорем Николаевичем Орловым. Проведено две операции больным с диагнозами «аденома простаты II ст.» и «многокамерная киста левой почки» лапароскопическим доступом с использованием современной эндоскопической аппаратуры. Данная методика оперативного вмешательства обеспечивает оптимальное эндоскопическое видение



операционного поля с проведением прецизионного гемостаза и диссекции ткани. Послеоперационный период протекал без выраженного болевого синдрома с минимальной гематурией. После удаления дренажей на седьмые сутки акт мочеиспускания у больных восстановился адекватно.

Применение лапароскопических методик в урологии является весьма перспективным и планируется к дальнейшему внедрению в практику нашей клиники.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ, КАДРОВОЙ И ЮРИДИЧЕСКОЙ СЛУЖБ

С 8 по 10 июня 2016 года в Красноярском базовом медицинском колледже им. В.М. Крутовского прошла научно-практическая конференция для специалистов экономической, кадровой и юридической служб «Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций. Управление ЛПУ в новых экономических условиях. Оптимизация расходов».

На конференции рассмотрены вопросы гражданско-правовой ответственности медицинских организаций, минимизация их рисков, финансирования здравоохранения и меры по противодействию кризису, оптимизации расходов в учреждениях, практического внедрения в здравоохранение профессиональных стандартов, аккредитации медицинских работников, нормирования труда, аутсорсинга, актуальные изменения в сфере ОМС на 2016 год, и др.

Докладчиками выступают широко известные в профессиональном сообществе специалисты – Александрова О.Ю. – д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ПМГМУ им. И.М. Сеченова; консультант-эксперт Комиссии по контролю за реформой системы здравоохранения Общественной Палаты РФ, Член рабочей группы по формированию ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Член президиума национальной Медицинской палаты и Кадыров Ф.Н. – заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор экономических наук, профессор, эксперт Государственной Думы и Аналитического центра при Правительстве РФ; Заслуженный экономист России; автор ряда книг и многочисленных статей, посвященных финансово-экономической деятельности медицинских учреждений.

новости

В КРАСНОЯРСКЕ ПОЯВИТСЯ ВТОРОЙ ПАМЯТНИК СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ

В краевом центре будет установлен еще один памятник профессору Валентину Федоровичу Войно-Ясенецкому (святителю Луке).

11 июня, в день памяти святителя Луки, митрополит Красноярский и Ачинский Пантелеимон совершил чин освящения места под строительство памятника.

Монумент высотой 3,5 метра появится у здания медицинского университета по ул. Партизана Железняка, 1 и станет символическим отображением заслуг великого врача перед Церковью и медици-



ной. Скульптура будет представлять собой изображение архиепископа с крестом и скальпелем. Также на монументе будут изображены Святое Евангелие и главный медицинский труд профессора – «Очерки гнойной хирургии».

Идеологом проекта является ректор Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор И.П. Артюхов. Автором проекта выступил член Международного и Всероссийского союзов художников Игорь Вильчевский, ученик Ан-

дрея Поздеева, племянник Н.С. Карповича – первого главного врача БСМП.

Строительство памятника должно начаться уже летом этого года, а завершиться – к 75-летию КрасГМУ в ноябре 2017-го.

КРАЕВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

3 июня на базе ФГБУЗ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ состоялась краевая конференция медицинских сестер «Обеспечение безопасности пациента и персонала в лечебно-профилактическом учреждении.



Специалисты КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом – Зиминова Т.А. и операционная медицинская сестра – Котова Е.В. не только приняли участие в работе конференции, но и выступили с докладами.

— новости —

ДЕНЬ МЕДСЕСТРЫ



12 мая мы отмечали Международный день медицинской сестры. Торжественная планерка собрала целый зал сотрудников. Каждая медицинская сестра при входе в зал получила замечательную розу от совета медицинских сестер больницы. Сколько радости на этих лицах! Какой чудесный сюрприз от коллег!



Председатель комиссии Городского Совета по вопросам охраны здоровья, развитию физической культуры, спорта и туризма Артем Бадюков поздравил медсестер с профессиональным праздником!



В своем приветственном слове он отметил:

— Весь депутатский корпус присоединяется к теплым словам, что сегодня звучат в ваш адрес. Вы на своих хрупких плечах несете наши страхи — страхи пациентов и те трудности, которые нам приходится преодолевать, попав в больничные стены. Низкий вам поклон и большое спасибо!

Однако наибольшего чествования заслужили наши звездочки — наши участницы Всероссийского конкурса специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.



Ольга Александровна Булгакова — «Лучший лаборант» Красноярского края.

Марина Владимировна Панченко — «Лучшая старшая медицинская сестра» Красноярского края.

Ольга Викторовна Чурай — «Лучшая медицинская сестра» Красноярского края.

Здорово, что лучшие из лучших работают именно в нашей больнице — больнице скорой медицинской помощи!

— актуальное интервью —

ПОСТАВЛЕННЫЕ ЗАДАЧИ ТРЕБУЮТ ЕЖЕДНЕВНОЙ НАПРЯЖЕННОЙ РАБОТЫ...



Константин Валерьевич Тутынин,
ответственный травматолог КГБУЗ
«КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

— *Константин Валерьевич, расскажите о себе
— какова ваша деятельность в одной из крупней-
ших больниц нашего города?*

— Я врач травматолог-ортопед высшей категории, являюсь ответственным травматологом нашей больницы, координирую травматологическую службу. Недавно закончил работу над диссертацией «Анатомические особенности женщин пожилого возраста с низкоэнергетическими переломами проксимального отдела бедренной кости», готовлюсь к защите.

— *Что можете сказать о своей больнице и в частности о травматологической службе?*

— Наша больница с момента своего основания вот уже 43 года является одним из крупнейших многопрофильных стационаров Красноярского края. С самого начала были открыты два травматологических отделения для оказания высококвалифицированной и специализированной помощи пациентам с травмами и ортопедической патологией. Травматологическая служба нашей больницы является одним из лидеров по своей специальности. Формировалась она под началом широко известного в профессиональной среде первого заведующего травматологическим отделением № 2, а впоследствии заместителем главного врача по хирургии Бориса Захаровича Когана. Сейчас отделение возглавляет не менее известный в городе и за его пределами врач-травматолог заслуженный врач России Владимир Иннокентьевич Брюханов. До настоящего времени мы стараемся достойно нести

— актуальное интервью —

звание лидера и постоянно стремимся к новым открытиям. Большинство технологий оперативного лечения в Красноярском крае впервые были внедрены в нашей больнице.

– В чем врачи БСМП были первыми?

– Нам есть чем гордиться! Врачи БСМП первыми в Красноярском крае в 70-х годах начали лечение больных по методу Илизарова. Первые в Красноярском крае с 1994 года приступили к артроскопическому лечению крупных суставов. Первые в Красноярском крае с 1996 года проводят эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов современными типами эндопротезов. Первые в Красноярском крае с 2002 года начали хирургические вмешательства передним доступом на телах позвонков и заднюю – транспедикулярную и ламинарную – фиксации при повреждениях позвоночника. Первые в Красноярском крае с 2004 года мы ведем оперативное лечение длинных трубчатых костей стержнями с блокированием. С 2008 года одновременно с другой крупной клиникой начали оперативное лечение с применением пластин с блокированием. Первые в Красноярском крае с 2012 года проводим современными методами лечение вакуумированием осложненных ран.

– Сейчас большое количество травм возникает в результате дорожно-транспортных происшествий. Многих везут к вам. Чем вы можете им помочь?

– Высокие показатели инвалидизации и смертности после дорожно-транспортных происшествий и высокоэнергетических повреждений вызвали необходимость совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с множественной и сочетанной травмой. Для решения этой задачи и в соответствии с приказами министерств здравоохранения РФ и Красноярского края в нашей больнице с 2012 года был организован травмоцентр первого уровня, в который вместе с травматологическими отделениями входят отделение реанимации и интенсивной терапии № 1, нейрохирургическое и второе хирургическое отделения. Центр координирует работу всех отделений и служб, участвующих в лечении пострадавших с политравмой.

На данный момент травматологическая служба нашей больницы обладает необходимыми современными технологиями лечения всех сегментов опорно-двигательного аппарата.

В рамках программы модернизации системы здравоохранения Красноярского края в 2011-2013 годах проведена серьезная работа по укрепле-

нию материально-технической базы, штат врачей полностью укомплектован, большинство из них имеют первую или высшую квалификационные категории.

Проводимая многолетняя системная работа нашей администрации совместно с Министерством здравоохранения и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Красноярского края позволила обеспечить текущую потребность в необходимых и дорогостоящих металлоконструкциях для обеспечения проведения современной и своевременной специализированной медицинской помощи.

– Развивается ли больница дальше? Что появилось нового?

– С 2014 года мы участвуем в реализации программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи по эндопротезированию тазобедренного сустава без ущерба для оказания экстренной помощи за счет оптимизации лечения больных и внутренней логистики.

За год в травматологических отделениях выполняется до двух тысяч операций, из них до 220 эндопротезирований тазобедренного сустава, до 80-ти операций при повреждениях позвоночника.

Конкретные задачи, поставленные перед руководством нашей больницы министерством здравоохранения Красноярского края, а главное, нашими пациентами – по повышению качества и доступности оказания современной травматологической помощи пострадавшим и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата – серьезные, требуют более напряженной ежедневной работы. И мы не опускаем руки. Работаем «на износ» 24 часа в сутки 365 дней в году.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДНИХ НОВАЦИЙ В СФЕРЕ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ



Ф.Н. Кадыров

АВТОРЫ

Ф.Н. Кадыров

Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения Минздрава России, г. Москва

Должностные инструкции, являясь широко распространенным документом, тем не менее не имеют четкого правового регулирования. Это вызывает много вопросов при необходимости внесения в них изменений. Причин же для подобных изменений в последнее время появляется достаточно много. В первую очередь они являются следствием серьезных новаций в сфере профессиональных компетенций работников, связанных с разработкой профессиональных стандартов, аккредитацией медицинских работников, аттестацией, введением эффективного контракта и т.д.

В статье рассматриваются правовые и организационные аспекты разработки, утверждения должностных инструкций и внесения в них изменений в свете последних новаций в нормативной базе и сфере профессиональных компетенций.

Правовой статус должностной инструкции

Должностная инструкция – внутренний организационно-распорядительный документ, содержащий задачи, трудовую функцию и конкретный перечень должностных обязанностей работника с учетом особенностей организации производства, труда и управления, его прав и пределов ответственности, а также квалификационные требования, предъявляемые к занимаемой должности.

В соответствии со статьей 15 Трудового кодекса трудовая функция – это работы по должности в соответствии со штатным расписанием, профессией, специальностью с указанием квалификации; конкретного вида поручаемой сотруднику работы.

Трудовая функция определяется наименованием должности в штатном расписании и конкретизируется соответствующей должностной инструкцией или в трудовом договоре. Таким образом, должностная инструкция является важным документом, регламентирующим требования к квалификации работника, возложенные на него трудовые обязанности и т.д. Тем не менее отсутствуют нормативные акты, устанавливающие обязательность наличия должностных инструкций – таких требований нет ни в Трудовом кодексе, ни в подзаконных нормативных актах. Требования к квалификации, обязанностям работника и т.д. могут быть прописаны непосредственно в трудовом договоре с работником без разработки должностной инструкции. Ответственность за отсутствие в медицинской организации должностных инструкций работников не предусмотрена.

Не регламентирована законодателями и форма разработки должностной инструкции. Однако имеются определенные требования к порядку их оформления. Должностные инструкции (без указания обязательности их наличия) упоминаются в целом ряде документов. Например, в Государственном стандарте ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов», введенном в действие Постановлением Госстандарта России от 03.03.2003 N 65-ст.

Итак, должностная инструкция – документ, который включает в себя конкретизированные трудовые

— наука и практика —

функции, навыки и т.д. на основе профессиональных стандартов (при их наличии) или квалификационных справочников. Она может быть разработана в качестве самостоятельного документа либо быть приложением к трудовому договору.

Должностная инструкция в качестве отдельного документа

Если должностная инструкция разрабатывается в качестве отдельного документа, то она должна выступать локальным нормативным актом организации и, таким образом, не является предметом соглашения между работодателем и работником. Работник должен быть ознакомлен с должностной инструкцией до подписания трудового договора.

Если же должностная инструкция была разработана после заключения трудового договора, то работник вправе не подписывать ее – такой отказ правомерен. При этом при неисполнении указанных в ней обязанностей, которые не поименованы в трудовом договоре, применить к работнику взыскание нельзя, поскольку он не обязан выполнять функции, не предусмотренные трудовым договором или дополнительным соглашением к нему.

Должностная инструкция как приложение к трудовому договору

Должностная инструкция может быть оформлена как приложение к трудовому договору. Тогда она является его неотъемлемой частью, о чем должно быть сказано в тексте трудового договора. В этом случае порядок внесения изменений в должностную инструкцию такой же, как и при внесении изменений в трудовой договор.

Новации в сфере профессиональных компетенций

Пристальное внимание к должностной инструкции в настоящее время обусловлено целым рядом новаций в сфере трудовых компетенций работников. К ним, в частности, относятся:

- введение эффективного контракта в качестве конкретизированного трудового договора, в котором уточнены должностные обязанности работника, показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- появление профессиональных стандартов в качестве характеристики квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности;
- Поручения Президента Российской Федерации по проведению аттестации специалистов в качестве проверки профессионального уровня работника для

установления соответствия его квалификации занимаемой должности или выполняемой им работы;

- предстоящие аккредитации медицинских и фармацевтических работников;
- новации в профессиональном образовании (разработка образовательных стандартов и т.д.);
- введение новой системы профессиональной переподготовки, повышения квалификации в виде системы непрерывного медицинского образования;
- нормирование труда, устанавливающее меру труда для работников и т.д.

Все эти новации создают предпосылки для внесения изменений в должностные инструкции.

Профессиональные стандарты и должностные инструкции

Каким образом должностная инструкция связана с профессиональными стандартами?

Профессиональный стандарт – характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Появление профессиональных стандартов приводит к необходимости пересмотра должностных инструкций, разработанных ранее на основании квалификационных характеристик Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих, Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Однако должны ли должностные инструкции копировать профессиональные стандарты?

Нет, этого не требуется. Статья 195.3 Трудового кодекса устанавливает, что характеристики квалификации, которые содержатся в профессиональных стандартах и обязательность применения которых не установлена в соответствии с частью первой статьи 195.1, применяются работодателями в качестве основы для определения требований к квалификации работников с учетом особенностей выполняемых работниками трудовых функций, обусловленных применяемыми технологиями и принятой организацией производства и труда.

Проще говоря, профессиональные стандарты – это лишь основа для разработки должностных инструкций. Например, врач специалист с одноименной должностью может работать в поликлинике, в стационаре, в санатории и т.д. При этом он будет выполнять функции, сильно различающиеся между собой.

Поэтому работодатель будет выбирать из профессионального стандарта те трудовые функции и трудовые

науча и практика

действия, которые в наибольшей степени отвечают задачам, стоящим перед врачом на конкретном рабочем месте.

Таким образом, должностная инструкция врача представляет собой развернутую выдержку из профессиональных стандартов для конкретного специалиста, работающего в данных условиях данного учреждения.

Аккредитация и должностные инструкции

Так как в связи с аккредитацией сотрудник должен будет иметь допуск к определенным видам трудовой деятельности (комплекс допусков к определенным лечебным и диагностическим мероприятиям), в должностной инструкции должны быть прописаны соответствующие виды трудовой деятельности, осуществляемой работником.

Важно то, что по итогам аккредитации сфера разрешенной деятельности работника может сузиться, а это не позволит работнику выполнять ряд функций, ранее предусмотренных должностной инструкцией. Здесь два основных возможных варианта:

1. Внесение изменений в должностную инструкцию в соответствии с имеющимися у работника допусками по итогам аккредитации. Соответственно, это должно найти свое отражение и в оплате труда работника – возможен пересмотр трудового договора. Но в ряде случаев это не требуется – если работник по итогам аккредитации лишен права выполнять какие-либо операции, которые он выполнял ранее, он просто лишится баллов, КТУ и т.д. за эти операции (если положение это предусматривает).

2. Аттестация работника на предмет соответствия занимаемой должности (с точки зрения возможности выполнения должностной инструкции). При этом в Положении об аттестации должно быть прописано такое основание для проведения аттестации.

Аттестация работников и должностная инструкция

В подпункте 2) пункта 5 Перечня Поручений Президента Российской Федерации по реализации Послания Федеральному Собранию от 27 декабря 2013 года Правительству Российской Федерации совместно с высшими должностными лицами (руководителями высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации предписано предусмотреть «проведение аттестации специалистов с последующим их переводом на эффективный контракт...».

Речь в данном случае идет об аттестации специалистов государственных (муниципальных) учреждений

в целях оценки соответствия их квалификации занимаемым должностям.

Задачи проведения аттестации могут быть достаточно многообразными и зависят от конкретных условий. В частности, это могут быть:

– оценка уровня квалификации (профессиональной компетенции) работников установленным требованиям к квалификации соответствующих специалистов;

– оценка соответствия квалификации специалистов занимаемым должностям;

– отбор претендентов на вышестоящие должности и/или должности, требующие более высокой квалификации;

– отбор претендентов для работы на новом оборудовании, для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи и т.д.;

– избавление от сотрудников, не соответствующих предъявляемым требованиям;

– определение списка лиц, намечаемых к первоочередному увольнению при сокращении численности или штата работников и т.д.;

– оценка необходимости совершенствования должностных инструкций;

– оценка условий труда с точки зрения их соответствия организационно-техническим условиям, для которых устанавливаются типовые нормы труда;

– назначение на определенные должности лиц, не имеющих соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающих достаточным практическим опытом;

– совершенствование системы оплаты труда работников;

– совершенствование кадровой политики учреждения и т.д.

Оценка уровня квалификации – основная задача аттестации. Но она не является самодостаточной. Во-первых, результаты такой оценки должны быть реализованы в конкретных управленческих решениях (увольнении, направлении работников на повышение квалификации и т.д.). Во-вторых, параллельно с основной должно обеспечиваться решение и других задач (определение необходимости корректировки должностных инструкций и т.д.).

Следует особо обратить внимание на то, что уровень квалификации – это лишь одна из составляющих

науча и практика

критериев оценки соответствия работника занимаемой должности. Нужна оценка и реального объема, а также качества выполняемых работ (полноты выполнения должностной инструкции и т.д.).

Поэтому в ходе подготовки и проведения аттестации специалистов должна быть проведена проверка соответствия должностных обязанностей, определенных трудовым договором (должностей инструкцией) и фактически исполняемых трудовых обязанностей работника. Выявленные неточности должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт».

Оценка необходимости совершенствования должностных инструкций – важная задача аттестации, особенно в период перевода работников на эффективный контракт.

Итак, аттестация позволяет уточнить должностные инструкции, показатели и критерии оценки деятельности работников и т.д., то есть подготовить основу для того, чтобы перевод на эффективный контракт не был формальным.

Эффективный контракт и должностная инструкция

Эффективный контракт – это конкретизированный трудовой договор, и должностная инструкция играет большую роль в этом процессе этой конкретизации. Целесообразно перед переводом работников на эффективный контракт оценить должностные инструкции не только с точки зрения соответствия современным требованиям (профессиональным стандартам и т.д.), но и с точки зрения того, насколько полно работники выполняют должностные инструкции, насколько легко с ними справляются и т.д.

Предполагается, что актуализация квалификационных требований и компетенций, необходимых для оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), организация соответствующей профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников учреждений, наряду с совершенствованием системы оплаты труда и разработкой систем оценки эффективности деятельности работников, создаст основу для использования принципов эффективного контракта.

Должностная инструкция и трудовой договор

«Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» – Приложение № 3 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012

№ 2190-р, предусматривает, что в трудовом договоре должно быть зафиксировано, что работник обязуется лично выполнять работу в соответствии с условиями трудового договора. При этом должны быть указаны конкретные виды работ, которые работник должен выполнять по трудовому договору.

В связи с этим часто возникает вопрос: обязательно ли в трудовом договоре с работником, заключаемом в рамках введения эффективного контракта, указывать конкретные виды работ, которые работник должен выполнять по трудовому договору, как это предполагается примерной формой трудового договора? Можно ли ограничиться только ссылкой на должностную инструкцию? Ведь должностные обязанности закреплены в должностных инструкциях и по объему громоздкие, поэтому прямое включение их в текст трудового договора делает сам договор сложным для восприятия. Помимо этого введение профессиональных стандартов может привести к необходимости внесения изменений в тексты трудовых договоров. Включение всех должностных обязанностей в текст самого трудового договора делает процедуру пересмотра трудовых договоров крайне трудоемкой.

Ответ на этот вопрос дает Информация Минтруда России от 28.11.2013 «Ответы на вопросы правительства Саратовской области по мониторингу реализации Указов Президента РФ от 7 мая 2012 г.». В этом документе говорится: *«Должностные обязанности работника могут быть определены в должностной инструкции. В таком случае должностная инструкция должна содержаться в приложении к трудовому договору с указанием на это в тексте трудового договора».*

Итак, во избежание подробного перечисления всех обязанностей работника в тексте трудового договора можно сделать ссылку на должностную инструкцию. Возможна следующая формулировка: «По настоящему трудовому договору работодатель предоставляет работнику работу по (наименование должности, профессии или специальности с указанием квалификации), а работник обязуется лично выполнять следующую работу в соответствии с должностной инструкцией, являющейся приложением к настоящему трудовому договору и его неотъемлемой частью».

Допустима и следующая формулировка: «...работник обязан... (указать основную трудовую функцию), а также выполнять иные обязанности согласно должностной инструкции, являющейся приложением к настоящему трудовому договору и его неотъемлемой частью». То есть должностная инструкция может быть оформлена в виде приложения к трудовому договору. В этом случае она является его неотъемлемой частью и носит обязательный характер.

— наука и практика —

Внесение изменений в должностную инструкцию

Как уже указывалось, новации в сфере профессиональных компетенций обуславливают необходимость корректировки должностных инструкций.

Так, выявление в процессе аттестации несоответствия фактически исполняемых трудовых обязанностей работника должностным обязанностям, определенным трудовым договором (должностной инструкцией), требует решения вопроса о том, необходимо ли усилить спрос с работника за полноту выполнения должностных обязанностей или необходимо скорректировать сами должностные инструкции. Несоответствия должностных инструкций и фактически выполняемой работы должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт».

Появление профессиональных стандартов приводит к необходимости очередного пересмотра трудовых договоров (в части изменения должностных инструкций) и т.д.

Как минимизировать работу, связанную с пересмотром трудовых договоров при изменении должностных инструкций из-за внедрения профессиональных стандартов?

В случае если должностная инструкция оформлена в виде приложения к трудовому договору, при необходимости изменения должностной инструкции дополнительное соглашение с работником будет касаться только изменения приложения к трудовому договору. Поэтому текст дополнительного соглашения может быть очень кратким. Например, содержательная часть дополнительного соглашения к трудовому договору может звучать так: «Изложить текст должностной инструкции (приложение № 1 к трудовому договору) в следующей редакции...». При этом производится полная замена текста должностной инструкции (что проще, чем вносить изменения в трудовой договор по типу: «фразу такую-то дополнить фразой такой-то...»).

Заключение

Итак, должностная инструкция является важнейшим документом, регламентирующим трудовые функции работника. В настоящее время существует много предпосылок для внесения изменений в должностные инструкции.

Для эффективного использования должностных инструкций целесообразно:

1. Оформление должностной инструкции производить в качестве приложения к трудовому договору.

2. Осуществлять пересмотр должностной инструкции по мере появления для этого объективных оснований (появление профессиональных стандартов и т.д.) и безотносительно к этому каждые 2-3 года, что позволит оперативно их актуализировать в связи с изменениями в трудовом процессе.

3. Осуществлять пересмотр должностной инструкции после прохождения аккредитации ввиду возможного изменения по ее итогам сферы профессиональных допусков.

4. Внесение дополнений в должностную инструкцию при внедрении новой технологии диагностики или лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кадыров Ф.Н., Кулбужева Л.Ю., «Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов» // Менеджер здравоохранения, 2016. – № 4. – С.69-77.
2. Куртиян А. Разрабатываем и утверждаем должностную инструкцию // Кадровая служба и управление персоналом предприятия, 2015. – N 8.
3. Межуева Т. Профессиональные стандарты: как организовать работу после их принятия // «Кадровый вопрос». – 2015. – № 5.
4. Пластилина Н. Должностная инструкция как рычаг воздействия на работника // Трудовое право, 2016. – № 1.
5. Стародубцева И., Прокопов А. Меняем должностную инструкцию // Новая бухгалтерия, 2015. – № 8.
6. Юргенс И. Правила игры для всех и каждого // «Современные страховые технологии». – 2015. – № 5.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



А.О. Суховерхов

А В Т О Р

**А.О. Суховерхов^{1,2},
А.Л. Кузнецов¹,
А.Ю. Окладников¹,
О.И. Ширякова¹**

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

Введение: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), или аденома простаты, — одно из самых распространенных заболеваний мужчин старше 40 лет. По статистическим данным, это заболевание имеется у 5-8% всех мужчин на планете. И значительная часть пациентов с ДГПЖ нуждаются в оперативном лечении. В настоящее время используется множество лекарственных препаратов для лечения аденомы предстательной железы, однако их эффективность не всегда позволяет обойтись без оперативного вмешательства [1,2].

В арсенале врачей есть несколько вариантов операций — как открытых, так и эндоскопических. При крупных аденомах проводится позадилоная аденомэктомия или чрезпузырная аденомэктомия. При небольших и средних размерах простаты вы-

полняется трансуретральная резекция простаты (ТУР), в ходе которой ткань железы удаляется через мочеиспускательный канал.

Эти методы имеют существенные недостатки, среди которых: существенная операционная травма, высокие анестезиологические риски, вероятность развития осложнений, нарушение сексуальной функции, большое число противопоказаний. Каждая из этих операций имеет определенные ограничения по размеру аденомы, наличию сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета, нарушений свертывания крови). Все это приводит к поиску максимально новых малоинвазивных методов лечения.

В течение последних лет развивается и внедряется в клиническую практику метод эмболизации артерий простаты (ЭАП) как наименее травматичный способ воздействия на ДГПЖ.

Эмболизация артерий простаты при аденоме простаты представляет собой малоинвазивную эндоваскулярную операцию, суть которой заключается в эмболизации артериальных сосудов, кровоснабжающих предстательную железу, что позволяет значительно уменьшить ее объем [3, 4, 5, 6].

ЭАП выполняют не урологи, а эндоваскулярные хирурги, поскольку процедура требует прежде всего большого опыта манипуляций на сосудах крайне малого диаметра (зачастую менее 1 мм) и рентгеноэндоваскулярных вмешательств. Наиболее эффективна эмболизация артерий простаты у пациентов с аденомой простаты в следующих случаях: аденома простаты объемом более 80 куб. см; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе перенесенный ранее инфаркт миокарда, заболевания почек, тяжелое течение сахарного диабета, нарушения свертывающей системы; кровотечения из варикозно расширенных вен предстательной железы, которые не купируются традиционными методами; эндокринные патологии, наличие цистостомы и настойчивое желание пациента избавиться от нее.

Материалы и методы исследования: В ноябре 2015 года в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карпо-

— наука и практика —

вича» прошла конференция на тему «Актуальные вопросы лечения аденомы предстательной железы». В ней приняли участие ассистент кафедры лучевой диагностики к.м.н. Георгий Владимирович Ким (ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России»), доцент кафедры урологии, андрологии и сексологии к.м.н. А.О. Суховерхов, заведующий урологическим отделением А.Ю. Окладников, урологи КМКБСМП, поликлиник города, заведующий отделением РХМДЛ А.Л. Кузнецов, врачи отделения РХМДЛ.

На конференции обсуждались вопросы современных методов лечения аденомы предстательной железы, в том числе и с использованием рентгенэндоваскулярных методов лечения

На проведение операции РЭО простатических артерий было подготовлено пять пациентов, которые страдали аденомой предстательной железы. Больным была выполнена цистостомия (в анамнезе острая задержка мочи). Все пациенты имели противопоказания к радикальному оперативному лечению по сопутствующей патологии, не эффективности консервативной терапии с большим объемом аденомы простаты (что и явилось показанием к РЭО простатических артерий).

В отделении урологии всем больным проводились общеклинические обследования (ОАМ, РАК, Б/х АК, коагулограмма, ЭКГ, Эхо-КГ, ФЭГДС), обследованы верхние и нижние мочевые пути (обзорная и экскреторная урография, УЗИ почек, ТРУЗИ простаты и мочевого пузыря), амбулаторно пациенты обследованы на предмет сопутствующих патологий. У всех пациентов взята кровь на ПСА и произведена смена цистостомического дренажа, проведена профилактика тромбоэмболических осложнений.

Пятого ноября на базе отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения с участием Г.В. Кима, заведующего отделением РХМДЛ А.Л. Кузнецова, врачей отделения РХМДЛ всем пациентам была выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия простатических артерий. У одного пациента удалось эмболизировать только одну простатическую артерию ввиду выраженного атеросклероза.

Результаты исследования: Послеоперационный период протекал гладко. Пациенты были выписаны для динамического наблюдения и оценки динамики заболевания в течение года. На настоящий момент при обследовании одного из пациентов на 3-й месяц послеоперационного периода выявлено значительное уменьшение объема аденомы простаты, восстановлен акт мочеиспускания, цистостомический дренаж удален.

За последние три месяца в условиях урологического отделения КМКБСМП проведено РЭО простатиче-

ских артерий двоим пациентам с кровотечением из варикозно расширенных сосудов шейки мочевого пузыря (пациенты обследованы, кровотечение из шейки мочевого пузыря подтверждено, в том числе цистоскопически, консервативные методы лечения были не эффективны). Данным пациентам выполнено РЭО простатических артерий с положительным эффектом.

Заключение: Учитывая значительное количество пациентов с аденомой предстательной железы (которым противопоказано радикальное оперативное лечение), а также при наличии такого осложнения аденомы простаты, как кровотечение из варикозно расширенных сосудов шейки мочевого пузыря, метод рентгенэндоваскулярной окклюзии простатических артерий является актуальным на сегодняшний день, и, учитывая квалификацию врачей КМКБСМП и наличие необходимого оборудования, планируется выполнение представленной манипуляции в условиях КМКБСМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горюловский Л.М., Зингеренко М. Добракачественная гиперплазия предстательной железы // *Лечащий врач*. — 2003. №34. С. 7–32.
2. Кузьменко В.В., Кочетов М.В., Семенов Б.В. Добракачественная гиперплазия предстательной железы // *Монография*. Воронеж: Новый Взгляд. — 2008. С. 141.
3. Нотов К.Г., Ким Г.В., Добряк А.Ю. и др. Результаты эмболизации артерий простаты — метода хирургического лечения добракачественной гиперплазии простаты // *Медицина и образование в Сибири*. — № 5. 2013.
4. Яковец Е.А., Неймарк А.И., Карпенко А.А., Яковец Я.В. Эмболизация артерий предстательной железы в лечении больных аденомой предстательной железы с высоким хирургическим риском // *Андрология и генитальная хирургия*. — 2010. № 1. С. 38–43.
5. Carnevale F. C., Antunes A. A., da Motta Leal Filho J. M. et al. Prostatic artery embolization as a primary treatment for benign prostatic hyperplasia: preliminary results in two patients // *CardioVascular and Interventional Radiology*. — 2010. — Vol. 33, № 2. — P. 355–361.
6. J. M. Pisco, L. C. Pinheiro, T. Bilhim [et al.]. Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia // *J. Vasc. Interv. Radiol.* — 2011. № 22 (1). — P. 11–9.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ



М.А. Большакова

АВТОРЫ

**М.А. Большакова^{1,2},
С.И. Ростовцев^{1,2},
А.А. Любченко^{1,2},
А.А. Попов¹, Е.А. Попова¹,
К.В. Тutyнин^{1,2}, Р.М. Рахманов²,
Е.А. Рахманова¹**

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

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

Введение: Дорожно-транспортный травматизм на территории Красноярского края является медико-социальной проблемой, так как участниками ДТП являются (и гибнут при этом) люди трудоспособного возраста [1,7].

Формирование четкой преемственности в оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП между догоспитальным и госпитальным этапами является одним из приоритетных факторов, позволяющих уменьшить последствия полученных травм [2,3,4,9].

Цель: Снизить летальность и уменьшить общее количество осложнений у пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях путем обоснования применения комплексного обезболивания на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы исследования: Проведено одноцентровое проспективное рандомизированное исследование у 200 пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, которым на до- и госпитальном этапах проводилось обезболивание различными схемами анальгезии и у которых была диагностирована костная травма с развитием и без развития травматического шока.

науча и практика

Настоящее исследование проводилось в Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича с октября 2011 года по сентябрь 2015 года.

Контрольную группу составили 100 больных, получавших общепринятую терапию шока на догоспитальном и стационарном этапах.

Исследуемую группу составили 100 больных с применением разработанной терапии на догоспитальном этапе, включающую введение даларгина, ингибиторов синтеза простагландиннов – кеторола (при травмах с умеренным болевым синдромом) или лорноксикам (при травмах с выраженным болевым синдромом). На стационарном этапе больные получали общепринятую терапию травматического шока.

Средний возраст в контрольной группе составлял $32,3 \pm 1,43$ года, в исследуемой группе $33,0 \pm 1,47$ лет.

В контрольной группе мужчин было 57, женщин – 43. В исследуемой группе мужчин 59, женщин – 41.

Тяжесть состояния соответствовала характеру повреждений. Таким образом, по полу, возрасту и тяжести состояния больных группы были сопоставимы.

Методика анальгезии у больных на догоспитальном этапе. Для обезболивания на дого-

спитальном этапе (непосредственно на месте получения травмы) внутримышечно вводятся ингибиторы синтеза простагландиннов – кеторол (при травмах с умеренным болевым синдромом), что позволяет защитить периферические рецепторы и уменьшить травматическое перевозбуждение рецепторов и афферентов, или лорноксикам со средством, действующим на сегментарном уровне – промедолом (при травмах с выраженным болевым синдромом) (таб. 1)

Основное условие применения вышеуказанных препаратов – минимальные дозы, которые не вызывают нарушения сознания, дыхания и кровообращения.

«Шоковый индекс» Альговера – Бурри [M.Allgower, C.Burri, 1967] определяли по формуле: $ШИ = ЧСС/АДс$.

Потребность миокарда в кислороде определяли по формуле: $ПМО_2 = ЧСС \times АДс$ [Т.М. Дарбинян, А.А.Тверской, 1984].

Для оценки состояния функции вегетативной нервной системы больным контрольной и исследуемой групп после проведенной терапии в течение 1-2 суток проведен анализ вариабельности сердечного ритма. Индекс напряжения рассчитывался по формуле: $ИН = АМо/2Мо\Delta x$ [Р. Н. Баевский с соавт., 1984]. Уровень кортизола определялся в ЦНИЛ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Биохимические параметры (глюкоза, натрий, калий, кальций, креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ, ЛДГ и ЩФ крови) определялись в лаборатории КМКБСМП им. Н.С.Карповича. С целью определения «нормы» исследуемых биохимических и расчетных показателей, а также для сравнения их с полученными результатами было введено контрольное значение.

Вышеуказанные показатели исследовались в динамике: на догоспитальном этапе, после проведенной терапии, в течение 1-2, 10 суток нахождения в стационаре.

С помощью метода вариационной статистики определялась средняя арифметическая (М), ее ошибка ($\pm m$), критерий Стьюдента (t) при различных уровнях значимости (p). Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Для сравнения малых выборок использовался непараметрический метод Вилкинсона – Манна – Уитни. Расчет выживаемости проводили моментным методом Каплана – Мейера [5].

Результаты исследования: У больных с травматическими повреждениями быстрый анализ и точная оценка клинических и доступных инструментальных показателей в значительной степени облегчает выбор адекватной тактики лечения по-

Таблица 1

Догоспитальный этап

Без травматического шока	кеторолак – 0,4 мг/кг даларгин – 15 мкг/кг сибазон – 0,07мг/кг дифенгидрамин – 0,3 мг/кг в/м
С травматическим шоком	промедол – 0,3 мг/кг, лорноксикам – 0,3 мг/кг, даларгин – 15 мкг/кг сибазон – 0,07мг/кг дифенгидрамин – 0,3 мг/кг в/м

Госпитальный этап

Премедикация	атропин – 0,014 мг/кг, лорноксикам – 0,1мг/кг даларгин – 15 мкг/кг, сибазон – 0,07мг/кг дифенгидрамин – 0,3 мг/кг в/м.
Анестезия	тиопентал натрия – 5 мг/кг фентанил – 0,001 мг/кг ч кетамин – 0,5 мг/кг ч пропофол – 5 мг/кг в ч
Плановое обезболивание	кеторолак – 0,4 мг/кг про- медол – 0,3 мг/кг дифенгидрамин – 0,3 мг/кг в/м

науча и практика

Оценка степени тяжести травматологических больных

Показатели	Оценка, баллы		
	0	2	2
Центральная нервная система (шкала ком Глазго)	14-15	13-8	<8
Цвет кожных покровов	Обычный СБП < 1 сек	Бледный с цианозом СБП = 1-3 сек	Бледный с выраженным цианозом и землистым оттенком СБП >3 сек
Влажность кожных покровов	Обычная, теплая	Влажная, холодная	Сухая, холодная
Частота сердечных сокращений (уд. в мин)	±10	91-120	>120, <50
Артериальное давление систолическое (мм.рт.ст.)	±20	90-60	<60
Шоковый индекс (услн. ед.)	0,5-0,9	1,0-2,0	>2,0
Потребность миокарда в кислороде (услн. ед.)	>8200	8190-7200	<7200
Центральное венозное давление (мм H ₂ O)	51-89	50-30	<30
Частота дыхательных движений (в мин.)	14-18	19-35	>35
Сатурация крови (%)	98-100	90-97	< 90
Фракция кислорода во вдыхаемой смеси	0,21	0,33-0,74	0,75-1,0
Шока нет – 0-5 баллов; шок централизации – 6-16 баллов; шок децентрализации – >16 баллов			

страдавших, что влияет на снижение осложнений и летальности.

Всем больным проводили обследование согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке».

Нами была предложена схема диагностики, основанная на оценке клинических и доступных инструментальных показателей, которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на до- и госпитальном этапах. На наш взгляд, данная методика позволяет оперативно оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести (шока нет – 0-5 баллов; шок централизации – 6-16 баллов; шок децентрализации – >16 баллов). Перед детальным анализом тяжести состояния пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях мы провели сравнение диагностических возможностей предлагаемой нами таблицы со шкалой ВПХ-СП и получили близкие результаты (УЭмп = 4).

Для изучения используемых схем анальгезии у пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапах

оказания помощи были проанализированы 420 карт вызовов семи станций скорой медицинской помощи (Ачинск, Красноярск, Лесосибирск, Минусинск, Назарово, Норильск, Канск), данные 200 историй болезни Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича, Клинической больницы № 51ФМБА России (г. Железнодорожск), проведен анализ 67 анкет сотрудников выездных и специализированных бригад отделений скорой медицинской помощи ЦРБ (Балахта, Березовка, Дивногорск, Железнодорожск, Емельяново, Новоселово, Уяр, Шарыпово).

Представленный материал показал, что на сегодняшний день у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на трассах и в населенных пунктах Красноярского края анальгетики назначались несистемно и без учета современных требований для обезболивания. Учитывая данный факт, для сравнения эффективности нашей методики анальгезии мы выбрали наиболее часто используемые схемы анальгезии: на догоспитальном этапе у больных с костной травмой без признаков шока (68,1%) – метамизол натрия 26,7 + 1,22 мг/кг + дифенгидрамин 0,27 + 0,02 мг/кг, с травматическим шоком (18,5%) – промедол 0,27 + 0,01 мг/кг + дифенгидрамин 0,27 + 0,02 мг/кг или (36,1%) – метамизол натрия 13,4 + 1,22 мг/кг + промедол 0,27 + 0,01 мг/кг + дифенгидрамин 0,27 + 0,02 мг/кг.

— наука и практика —

Анализ данных визуально-аналоговой шкалы боли и изучения показателей ритмограмм показал, что использование с анальгетической целью комбинации метамизол натрия и дифенгидрамина оказывало недостаточный обезболивающий и стресс-протекторный эффект у пострадавших с незначительными переломами костей опорно-двигательного аппарата, купирование болевой реакции достигалось усилением схемы промедолом. У большинства пострадавших с развитием шока централизации схемы (промедол+ дифенгидрамин) или (метамизол натрия + промедол + дифенгидрамин) в предлагаемых дозировках не смогли снизить интенсивность болевой реакции до 3 баллов. Повышение дозы промедола (0,4 + 0,01 мг/кг) привело к нарастанию сонливости и заторможенности (оценка по шкале Глазго 12,4 ± 0,18 балла $p < 0,001$).

Совместное использование даларгина, наркотического анальгетика и нестероидного противовоспалительного препарата обеспечивало хорошую аналгезию, нейровегетативную защиту, при осмотре в приемном покое пострадавшие исследуемой группы были контактны, что способствовало более тщательному сбору жалоб, анамнеза и осмотру больных.

Травматические повреждения, болевая и психоэмоциональная реакции у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях приводит к развитию нейругоморального стресса, анаэробного метаболизма, цитолитического синдрома, нарушению процессов минерализации, что на фоне катаболической фазы вызывало опасность нарушения процессов регенерации костной ткани.

Недостаточная и непоследовательная аналгезия у больных контрольной группы малоэффективно влияла на вышеуказанные процессы, о чем свидетельствовали низкий уровень кортизола, умеренная гипогликемия, увеличение активности ЛДГ, АСТ, АЛТ, уменьшение концентрации кальция на фоне снижения активности ЩФ.

Предлагаемая методика аналгезии способствует улучшению адаптационных возможностей организма больных исследуемой группы.

Использование в схеме общей анестезии у больных с автодорожными травмами кеторола, лорноксикама и даларгина, за счет применения комбинации анестетиков разных фармакологических групп и действия на разные патогенетические механизмы возникновения болевого синдрома, приводит к повышению эффективности общей анестезии, снижению расхода наркотических средств (фентанил – на 32,7%, тиопентал натрия – на 17,4%, кетамин – на 28,6%), что предполагает уменьшение их отрицательного действия на организм.

Сочетанное применение в схеме общей анестезии у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях нестероидного противовоспалительного препарата и синтетического энкефалина, за счет воздействия на неболевые факторы, приводит к более позднему (на 84 мин.) возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде и снижению дозы промедола на 55,6%.

У пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях сопровождающие их осложнения определялись тяжестью травмы, состоянием компенсаторных возможностей организма в ответ на повреждения и шоковую реакцию.

В контрольной группе у пострадавших без явлений шока среднее пребывание в стационаре заняло 9,6 ± 0,09 дней, в то время как в исследуемой группе – 8,8 ± 0,09 дней. Более длительное пребывание пациентов контрольной группы в ЛПУ, на наш взгляд, связано с некомфортным течением ближайшего постнаркозного периода. Пациенты в контрольной группе просыпались через 38,6 ± 0,62 минут после окончания наркоза, при этом головокружение, слабость, неустойчивая походка сохранялись в течение еще 41,3 ± 0,84 минут. В исследуемой группе пробуждение пациентов происходило через 20,1 ± 0,04 минут, полностью больные восстанавливались еще через 20,8 ± 0,04 минут после окончания анестезиологического пособия. Данную картину мы связываем со снижением дозы кетамина.

Основными осложнениями у больных с травматическим шоком являлись РДСВ (27,9%), острые стрессовые язвы ЖКТ (6,4%) и сепсис (3,6%).

Применение разработанной методики способствовало достоверному уменьшению количества возникающих осложнений с 38±0,04% в контрольной группе до 21±0,04% в исследуемой группе, позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на 7±0,5 койко-дней и снизить общую летальность с 12 ± 0,03% в контрольной до 6±0,02% в исследуемой группе.

Выводы:

1. Предлагаемая нами таблица оценки тяжести состояния травматологических больных доступна к применению медицинским персоналом, так как составлена на основе клинических и инструментальных показателей, которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на до- и госпитальном этапах, при этом полученные данные коррелируются с показателями наиболее часто используемых оценочных шкал.
2. Разработанная схема обезболивания, основанная на совместном использовании нестероидного

— наука и практика —

противовоспалительного препарата и далагина, не вызывает ухудшения состояния жизненно важных органов и систем у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с любой степенью тяжести, поэтому может применяться у данной категории больных на до- и госпитальных этапах.

3. Поэтапное применение комбинации ненаркотического анальгетика и синтетического энкефалина обеспечивает достаточные обезболивающий, стресс-лимитирующий и органопротекторный эффекты, что повышает результаты интенсивной терапии, анестезиологического пособия и оперативного лечения у пострадавших с различной степенью тяжести.

4. Применение разработанной методики способствовало достоверному уменьшению количества возникающих осложнений с $38 \pm 0,04\%$ в контрольной группе до $21 \pm 0,04\%$ в исследуемой группе, позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на $7 \pm 0,5$ койко-дней и снизить общую летальность с $12 \pm 0,03\%$ в контрольной до $6 \pm 0,02\%$ в исследуемой группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В.В. Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмами / В. В. Агаджанян // Политравма. – 2012. – № 1. – С. 5–9.
2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. Г. Мирошник [и др.]. – СПб.: КОСТА, 2007. – 400 с.
3. Борисенко Л.В. Дорожно-транспортный травматизм – организационные аспекты оказания медицинской помощи и лечения пострадавших / Л.В. Борисенко, А.В. Акиншина // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып. Медицина катастроф. Служба медицины катастроф. – 2010. – № 3. – С. 1–8.
4. Бурмистров Ю.Н. Трассовые пункты оказания экстренной медицинской помощи: опыт Красноярского края / Ю. Н. Бурмистров // Здравоохранение. – 2011. – № 9. – С. 92–96.
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
6. Рябов С.В. Обезболивание на догоспитальном этапе медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.37 / Рябов Сергей Валентинович. – М., 2004. – 20 с.
7. Скрипкин С.А. Совершенствование скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе (на примере Красноярского края): дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Скрипкин Сергей Анатольевич. – Красноярск, 2011. – 166 с.
8. A meta-analysis of prehospital care times for trauma / B. G. Carr, J. M. Caplan, J. P. Pryor [et al.] // Prehosp. Emerg Care. – 2006. – Vol. 10, № 2. – P. 198–206.
9. Borse, N. N. Call for more research on injury from the developing world: results of a bibliometric analysis / N. N. Borse, A. A. Hyder // Indian J. Med. Res. – 2009. – Vol. 129, № 3. – P. 321–326.

— наука и практика —

МАСТЕР-КЛАСС «МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ»



П.Н. Власов

АВТОРЫ

**П.Н. Власов,
А.А. Любченко,
Г.В. Грицан**

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

Первого апреля 2016 года на базе Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича проведен обучающий мастер-класс по мини-инвазивным технологиям в обеспечении проходимости дыхательных путей. В стенах отделения реанимации



— наука и практика —

и интенсивной терапии собрались врачи-анестезиологи и реаниматологи. В ходе мастер-класса была представлена программа, состоящая из двух частей: теоретическая часть и отработка практических навыков на манекене.

В теоретической части программы подробнейшим образом была изложена информация о быстрой и безопасной процедуре, выполняемой «у постели больного»: чрескожной пункционно дилатационной трахеостомии. Представлены различные варианты техники формирования трахеостомического канала: двухшаговая методика с использованием набора Ciaglia Blue Rhino® и одношаговая методика с использованием набора Dolphin BT™ (производство Cook Medical). Обсуждены различные аспекты, лежащие в основе выбора метода трахеостомии: показания, противопоказания.

Двухшаговая методика по методу Ciaglia с использованием бужа с переменным диаметром выполняется в несколько этапов. Первый этап включает проведение бронхоскопии без отсоединения от аппарата ИВЛ с использованием специального коннектора. Под контролем фибробронхоскопа смещается интубационная трубка вверх. Данный этап заканчивается надежной фиксацией интубационной трубки для предупреждения возможного ее смещения в ходе выполнения трахеостомии. Вторым этапом – пункционный. Производится пункция передней стенки трахеи между 2-м и 3-м кольцами трахеи, строго по центру, ориентируясь на световое пятно, визуализируется появление иглы и ее положение в просвете трахеи с помощью бронхоскопа. Третий этап – бужирование (дилатация) – начинается с заведения J-образного металлического гибкого проводника в просвет трахей. Предварительно выполняется горизонтальный разрез кожи длиной 2 см для облегчения последующего проведения дилатора. Расширение трахеостомической раны производится посредством дилатора с постепенным введением его до метки, соответствующей 38 Fr. Дилатор Blue Rhino имеет гидрофильное покрытие, снижающее коэффициент трения, что позволяет повысить атравматичность методики. Далее для проведения трахеостомической трубки используется доставочное устройство. В набор входят три размера доставочных устройств, позволяющие поставить трахеотомическую трубку необходимого диаметра на усмотрение врача. Трахеостомическая трубка надежно фиксируется. Пятый этап – экстубация.

Одношаговая методика с баллонным расширителем Dolphin BT™. Первые этапы данной методики идентичны методике Ciaglia – подтягивание эндотрахеальной трубки под контролем фибробронхоскопа и пункция с последующим проведением проводника. Отличительной особенностью данно-

го метода является то, что дилатация проводится баллоном, который установлен на доставочном устройстве для трахеостомы. Баллон наполняется водой с помощью шприца-монетра, входящего в состав набора. В течение 30 секунд поддерживается давление 11 атм. Баллонная дилатация позволяет провести максимально атравматичное расширение за счет равномерного (по всей глубине трахеостомического хода) радиально направленного давления. После сдувания баллона доставочное устройство с трахеостомической трубкой продвигается в трахею.

Преимуществами чрескожных методов трахеостомии являются малая инвазивность, быстрота выполнения (около 5-7 минут) и экономическая выгода за счет малого количества осложнений и привлекаемого к процедуре персонала (2 человека), лучший косметический результат, вмешательство выполняется в палате интенсивной терапии.

Мы надеемся, что полученные знания и приобретенные технические навыки помогут нам внедрить в клиническую практику представленные высокотехнологичные методы лечения, обеспечив повышение эффективности оказания медицинской помощи больным в отделениях интенсивной терапии.

— наука и практика —

ТРЕХЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

(по материалам КГБУЗ

«Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. Н.С. Карповича» за 2013-2015 гг.)



Д.Э. Здзитовецкий

АВТОРЫ

Д.Э. Здзитовецкий^{1,2},
Р.Н. Борисов^{1,2}, О.В. Коваленко¹,
А.Е. Кузнецов¹, М.Т. Микаиллы²,
Е.С. Говоруха^{1,2}

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

2. КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича»

Введение: Желудочно-кишечные кровотечения (далее – ЖКК) остаются одной из актуальных проблем неотложной хирургии [4, 5, 6, 7, 10, 11]. При этом кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) составляют до 80-90% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений, а летальность при данной патологии в последние годы остается на уровне 5-10%, несмотря на оптимизацию лечебной тактики [1, 2, 9]. В мире частота только язвенных гастродуоденальных кровотечений составляет 103 случаев на 100 тысяч населения [1, 2, 8]. В России, по данным Минздрава за 2014 год, ежегодно госпитализируется около 45 тысяч больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (далее – ДПК), а госпитальная летальность при них составляет около 6% [4].

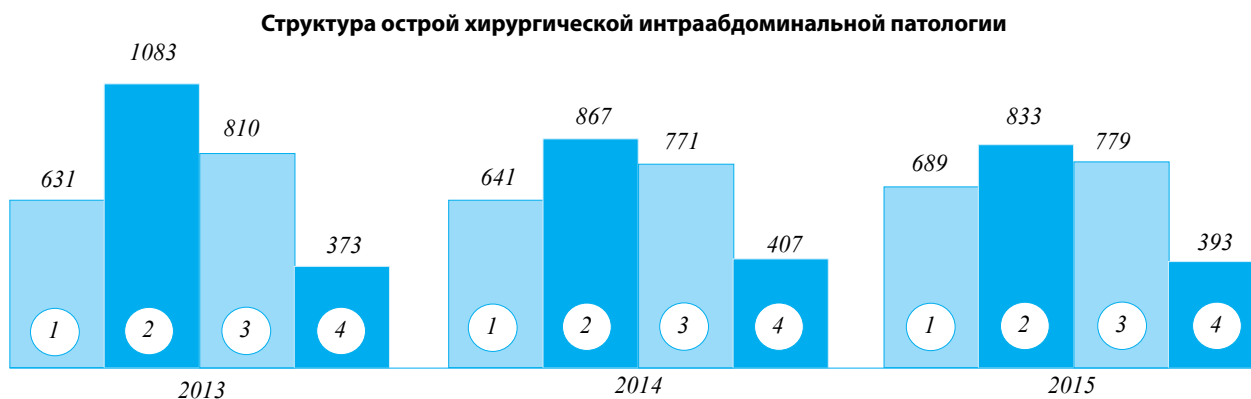
Цель: Изучить результаты лечения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, используя данные КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» за 2013-2015 гг.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ.
2. Изучить гендерную и возрастную структуру больных с данной патологией.
3. Провести сравнительный анализ лечебной тактики и результатов лечения зависимости от причины кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

Материалы и методы:

* Ретроспективный анализ результатов лечения 1173 больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, которые находились на лечении в КМКБСМП им. Н.С. Карповича в 2013-2015 гг.



1. Острый аппендицит.
2. Острый панкреатит.
3. Острые заболевания желчного пузыря и желчных протоков
4. ЖКК из верхних отделов ЖКТ

* Методы вариационной статистики.

Результаты исследования: В структуре острой хирургической патологии, по нашим данным, кровотечения из верхних отделов ЖКТ занимают 4 место (рис. 1), уступая лишь острому панкреатиту, заболеваниям желчного пузыря и желчных протоков, а также острому аппендициту.

Обработав всю первичную документацию больных общехирургических отделений за 2013-2015 гг., мы установили, что за 3 года в клинике пролечено 1173 больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, из них 69% мужчин, 65% больных были в возрасте до 60 лет.

Согласно данным из таблицы 1, основной причиной кровотечений из верхних отделов ЖКТ стали язвы желудка и ДПК – 602 (51,3%) больных.

К другим причинам относятся:

- * Синдром Маллори – Вейсса (20,8%).
- * Варикозное расширение вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии (14,1%).
- * Эрозии пищевода, желудка и ДПК (13,8%).

За последние 10-15 лет лечебная тактика при кро-

вотечениях из верхних отделов ЖКТ, и в первую очередь при гастродуоденальных язвенных кровотечениях, сместилась в сторону эндоскопических и консервативных методов гемостаза [2, 7]. Это нашло отражение в уменьшении в целом оперативной активности при язвенных кровотечениях до 6,5% (табл. 2). Из 39 больных, оперированных за 3 года, у подавляющего большинства операция была выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением при неэффективности или невозможности применения других методов гемостаза. При этом в анализируемый период основным методом эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях в нашей клинике была аргонплазменная коагуляция.

Основными видами операций стали: дистальные резекции 2/3 желудка в различных модификациях (при язвенной болезни) или гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы (при острых язвах или при крайне тяжелом соматическом статусе). Наибольшие показатели оперативной активности (18,8-35,0%) наблюдались у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Это наиболее тяжелая категория больных, исходная тяжесть которых обусловлена прежде всего основной патологией – декомпенсированным циррозом печени [3]. Оперативные вмешательства таким больным (38 из 165) выполнялись по жизненным показаниям в

Оперативная активность при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ

Таблица 2

Годы	Язвы желудка и ДПК	Синдром Маллори – Вейсса	Варикозное расширение вен пищевода и желудка	Эрозии
2013	12/199 (6,0%)	2/82 (2,4%)	14/40 (35,0%)	0
2014	10/213 (4,7%)	1/79 (1,3%)	11/56 (19,6%)	0
2015	17/190 (8,9%)	1/83 (1,2%)	13/69 (18,8%)	0
2013-2015	39/602 (6,5%)	4/244 (1,6%)	38/165 (23,0%)	0

**Продолжительность госпитального периода
при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ**

Таблица 3

Койко-день	Язвы желудка и ДПК	Синдром Маллори – Вейсса	Варикозное расширение вен пищевода и желудка	Эрозии
≤ 5	50 (8,3%)	58 (23,8%)	55 (33,3%)	74 (45,7%)
6-10	262 (43,5%)	167 (68,4%)	64 (38,8%)	64 (39,5%)
11-15	210 (34,9%)	15 (6,1%)	20 (12,1%)	17 (10,5%)
16-20	61 (10,1%)	2 (0,8%)	14 (8,5%)	5 (3,1%)
21-30	12 (2,0%)	2 (0,8%)	10 (6,1%)	2 (1,2%)
> 30	7 (1,2%)	0	2 (1,2%)	0
Все	602 (100%)	244 (100%)	165 (100%)	162 (100%)

экстренном либо срочном порядке при неэффективности консервативных мероприятий или рецидиве кровотечения. При этом основными методами хирургического гемостаза были «операция типа Танера» или «операция Пациоры» (гастротомия с прошиванием кровоточащих вен и вен в области пищеводно-желудочного перехода).

Данные о продолжительности госпитального периода представлены в таблице 3.

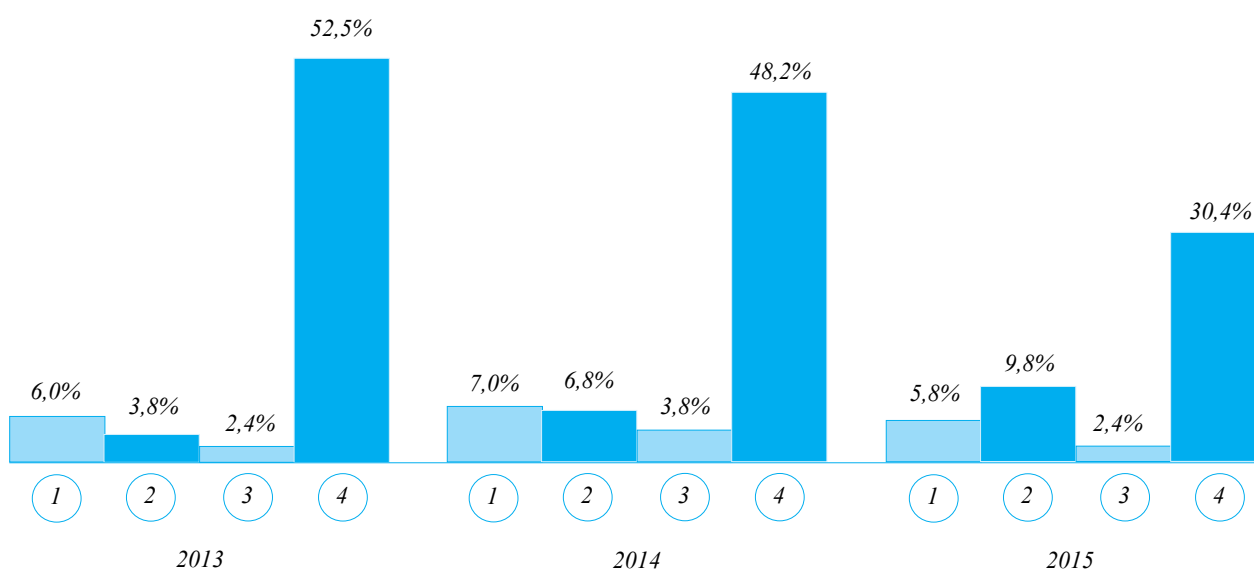
При кровотечениях язвенной этиологии большинство больных (78,4%) находилось на лечении от 6 до 15 дней, при других кровотечениях продолжительность лечения в стационаре у большинства больных

(от 72,1 до 92,2%) составляла до 10 дней.

Общая госпитальная летальность при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ за 3 года составила 10,7% (125 из 1173 больных). Однако следует отметить, что показатели летальности зависят от причины кровотечения (рис. 2), и не всегда именно острая кровопотеря является непосредственной причиной смерти. Наибольшая летальность отмечена при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода – в среднем 41,8% (69 из 165 больных), минимальная – при синдроме Маллори – Вейсса – 2,9% (7 из 244 больных). Средняя летальность за 3 года при наиболее частых – гастродуоденальных – кровотечениях составила 6,3% (38 из 602 больных), что соответ-

Госпитальная летальность при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ

Рис. 2



1. Язвы желудка и ДПК.
2. Эрозии.
3. с-м Маллори-Вейсса.
4. ВРВП.

— наука и практика —

ствуется средним показателям в Российской Федерации. Обращает на себя внимание достаточно высокий показатель средней госпитальной летальности при эрозивных поражениях верхних отделов ЖКТ – 6,8% (11 из 162 больных). Связано это прежде всего с возрастом больных (45% больных старше 60 лет) и наличием тяжелой сопутствующей патологии [5].

Кроме того, при статистическом анализе отмечено значимое снижение летальности при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: с 52,5% в 2013 г. и 48,2% в 2014 г. до 30,4% в 2015 г. ($p=0,023$ и $p=0,042$ соответственно). При этом однозначно высказаться о причинах данного снижения не представляется возможным.

Выводы:

1. Причинами кровотечений из верхних отделов ЖКТ являются: язвы желудка и ДПК (51,3%), синдром Маллори – Вейсса (20,8%), варикозно расширенные вены пищевода и желудка (14,1%) и эрозии пищевода, желудка и ДПК (13,8%).
2. Независимо от причины кровотечения чаще болеют мужчины (69%): среднее соотношение мужчин и женщин 2:1, а при синдроме Маллори – Вейсса – 4:1.
3. У большинства больных (65%) возраст – до 60 лет.
4. С внедрением эндоскопического гемостаза число оперативных вмешательств с каждым годом становится меньше.
5. Общая госпитальная летальность при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ за 3 года составила 10,7%.
6. Летальность зависит от причины кровотечения: максимальная (30,4-52,5%) – при портальной гипертензии, минимальная (2,4-3,8%) – при синдроме Маллори – Вейсса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастроудоденальных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 7-10.
2. Гринберг А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастроудоденальных кровотечениях / А.А. Гринберг, И.И. Затевахин, А.А. Щеголев. М.: Медицина, 1996. – 149 с.
3. Киценко Е.А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // Вестн. соврем. клинич. медицины. – 2014. – № 2(7). – С. 89-98.
4. Малков И.С. Значение инфузионно-трансфузионной терапии в лечении больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / И.С. Малков, Г.Р. Закирова, М.Н. Насруллаев // Вестн. соврем. клинич. медицины. – 2014. – № 5(7). – С. 24-29.
5. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / Б.Р. Гельфанд, А.В. Гурьянов, А.Н. Мартынов [и др.] // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 464-467.
6. Соловьев А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори – Вейсса / А.С. Соловьев // Анналы хирургии. – 2007. – № 1. – С. 29-33.
7. Тимербулатов М.В. Опыт лечения больных с кровотечениями язвенной этиологии из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / М.В. Тимербулатов, Т.М. Зиганшин, Р.Р. Рахимов // Мед. вестн. Башкортостана. – 2013. – № 6(8). – С. 90-92.
8. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев // Здоровье Украины. – 2010. – С. 8-11.
9. Чикаев В.Ф. Особенности терапии при желудочно-кишечных кровотечениях в неотложной хирургии по этиологическому признаку / В.Ф. Чикаев, Р.А. Ибрагимов, Ю.В. Бондарев // Вестн. соврем. клинич. медицины. – 2014. – № 2(7). – С. 198-201.
10. Этиопатогенетические вопросы синдрома Маллори – Вейсса / Ш.В. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов [и др.] // Хирургия. – 2010. – № 10. – С. 42-45.
11. Forrest, J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. – 1974. – Vol. 7877, № 2. – P. 394-397.

— наука и практика —

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ



С.В. Кулагин

АВТОРЫ

С.В. Кулагин,
Д.И. Макушев,
В.Ю. Толстихин

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность. Аневризмы брюшного отдела аорты (далее – АБА) и их осложнения занимают видное место в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы. Разрыв АБА имеет наиболее тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению количества таких больных. Значительная их часть поступает в общехирургические стационары с подозрением на внутрибрюшную катастрофу. От того, насколько быстро хирурги смогут правильно сориентироваться в непростой клинической ситуации и предпринять адекватное оперативное вмешательство, без преувеличения, зависит судьба больных.

Классификация. Известно разделение аневризм аорты на врожденные (при болезни Марфана) и

приобретенные. Последние, в зависимости от генеза, бывают невоспалительные (атеросклеротические, травматические, на фоне васкулита, муковисцидоза) и воспалительные (сифилитические, микотические, на почве неспецифического аортита). Более 95% аневризм брюшного отдела аорты имеют атеросклеротическое поражение.

Муковисцидоз, или кистозный фиброз, – это моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регуляторного белка муковисцидоза (далее – ТПБМ) в 7-й хромосоме, характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, а также кистозный некроз средней оболочки артерий.

Клинический случай. Больной С., 30 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на интенсивные боли в верхних отделах живота, тошноту, неукротимую рвоту. Из анамнеза: пациент с детского возраста страдает муковисцидозом смешанной формы с тяжелым течением. Диагноз хронической аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты был установлен при плановой МСКТ-ангиографии, пациент готовился к плановому оперативному лечению. На фоне относительного благополучия при небольшой физической нагрузке возникло резкое шоковое состояние, и больной в экстренном порядке был доставлен в КМКБСМП. С диагностической целью ему была выполнена МСКТ с контрастированием аорты и артерий нижних конечностей, что и подтвердило диагноз разрыва и наличия забрюшинной гематомы, столь нехарактерного для людей молодого возраста. В экстренном порядке в крайне тяжелом состоянии пациента доставил в операционную. Ему были выполнены резекция аневризмы и, бифуркационное аорто-подвздошное протезирование. Во время операции использовался аппарат CellSaver, что позволило вернуть 1600 мл фильтрованной эритроцитарной массы от общего объема кровопотери 2900 мл. Донорская кровь не применялась.

Важную роль в эффективном лечении и дальнейшем выздоровлении больного играли слаженные действия дежурных анестезиологических и реанимационных бригад, а также использование аппарата CellSaver, что позволило сохранить жизнь молодому человеку с тяжелой основной патологией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ V617F JAK2 СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ



М.А. Столяр

АВТОРЫ

**М.А. Столяр^{1,2},
Г.В. Грицан^{3,4},
А.С. Горбенко¹,
И.А. Ольховский^{1,5}**

1. Красноярский филиал
ФГБУ «Гематологический научный центр»
Минздрава России

2. ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный
университет»

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

4. КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

5. ФГБУН «Красноярский научный центр
Сибирского отделения РАН»

Введение: Хронические миелопролиферативные неоплазмы (далее – ХМО) представляют собой группу заболеваний, характеризующихся клональной пролиферацией миелоидных клеток. В последние годы достигнут существенный прогресс в понимании патогенеза этих заболеваний благодаря обнаружению патогенетической роли соматической мутации V617F в гене янус-киназы 2 (JAK2) [7]. Показано, что носительство мутации V617F JAK2 приводит к не

зависимой от уровня циркулирующих клеток крови активации тромбоцитов [2] и значительно увеличивает риск как артериальных, так и венозных тромбозов [8]. Артериальные тромбозы составляют примерно около 2/3 всех тромботических событий у пациентов с ХМО и являются одной из основных причин смертности. Показано, что тромбозы сосудов головного мозга в 3,8% – 6,6% случаев развиваются на фоне мутации V617F JAK2 и могут являться первым клиническим проявлением ХМО [4,10,11]. Вместе с тем далеко не всегда патологические изменения гемограммы, характерные для ХМО, сопровождают развитие инсультов. У подавляющего большинства пациентов с выявленной мутацией V617F JAK2 отсутствует развернутая картина онкогематологического заболевания. Самостоятельная роль мутации V617F JAK2 в изменении функций организма до появления выраженных количественных сдвигов клеточного состава костного мозга и периферической крови служит предметом интенсивного изучения. Тромбозы висцеральных вен встречаются у 5-10% пациентов с ХМО и являются первым клиническим проявлением недиагностированной ХМН в 25-65% случаев [11], а сердечно-сосудистые осложнения являются причиной смерти у 41% пациентов с ХМО [3].

До сих пор на территории Российской Федерации не проводилось целенаправленных исследований распространенности данной мутации среди пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Цель работы: Выявление частоты встречаемости соматической мутации V617F JAK2 в пробах крови пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы: В качестве объекта исследования были использованы образцы венозной крови 100 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу и находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии № 3 (нейрореанимации) КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» (далее – КМКБСМП).

Взятие крови из локтевой вены производилось натошак в стандартные вакутейнеры с ЭДТА. После гематологического исследования образцов крови на анализаторе Sysmex XT-2000i (Япония)

Характеристика пациентов, включенных в исследование, Ме (мин. – макс.) Таблица 1

Общее количество (чел.)	100
Мужчины / женщины	41% / 59%
Возраст, годы	68 (29 – 99)
Гемоглобин, г/л	
Мужчины	133 (42 – 198)
Женщины	131 (81 – 190)
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	
Мужчины	4,5 (2,5 – 6,1)
Женщины	4,5 (2,7 – 6,0)
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	225 (58 – 459)
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	8,3 (3,2 – 22,1)
Количество пациентов (абс. (%)) с патологическими изменениями гемограммы	86 (75,4)

проводилась процедура их пулирования, обеспечивающая равное соотношение ядродержащих клеток. Оставшиеся после пулирования образцы замораживали и хранили при температуре -20°C до окончания тестирования пулов. ДНК из лейкоцитов цельной крови выделяли с использованием набора «ДНК-сорб-В» (ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии»). Выявление мутации V617F JAK2 выполняли методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ). Использовалась диагностическая тест-система, разработанная в лаборатории Красноярского филиала ФГБУ «Гематологический научный центр Минздрава России» [1].

Результаты исследования: Поло-возрастной состав обследуемых их гематологические показатели представлены в *таблице 1*.

Почти 76% обследованных больных имели хотя бы один показатель гемограммы, выходящий за пределы нормальных значений.

В результате проведения молекулярно-генетического тестирования мутация V617F JAK2 была выявлена в трех образцах крови (3%), два из которых принадлежали женщинам и один 1 – мужчине (*табл. 2*). Медиана возраста носителей мутации составила 67 лет. У двух носителей мутации был увеличен уровень лейкоцитов, у третьего пациента параметры гемограммы были в пределах нормальных значений (*таб. 2*).

У всех пациентов с выявленной мутацией V617F JAK2 присутствовали сердечно-сосудистые факторы риска, нарушение липидного обмена и гиперкоагуляция.

У выявленных пациентов с мутацией V617F JAK2 не было обнаружено каких-либо существенных отличий в клинической картине и исходах инсульта. Поскольку уровень аллельной нагрузки мутантного клона клеток был ниже клинически значимого для ХМО уровня в 1-2% и не отмечалось выраженного тромбоцитоза, патогенетические механизмы развития инсульта у данных пациентов не отличались от традиционных. Наличие мутации могло лишь еще в большей степени способствовать хроническому цитокин-опосредованному воспалению, эндотелиальной дисфункции, гиперактивности тромбоцитарного звена гемостаза и избыточному нейтрофильному оксидативному стрессу.

Вместе с тем у одной из пациенток с летальным исходом в анамнезе отмечались повторные инсульты и

Характеристика пациентов с выявленной мутацией V617F JAK2

Таблица 2

Номер пациента	1	2	3
Возраст	75	55	67
Пол	Ж	М	Ж
Аллельная нагрузка V617F JAK2, %	0,23	0,84	0,16
Подтип инсульта	атеротромботический	атеротромботический	атеротромботический
Локализация	бассейн правой средней мозговой артерии	вертебрально-базиллярный бассейн	бассейн левой средней мозговой артерии
Сопутствующие заболевания	сахарный диабет 2 типа, ГБ, постоянная форма фибрилляции предсердий	ГБ, ожирение	
Гемоглобин (г/л)	153	136	120
Лейкоциты ($\times 10^9/л$)	17,7	13,8	7,4
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	5,6	4,6	4,3
Тромбоциты ($\times 10^9/л$)	269	290	205

— наука и практика —

инфаркт миокарда. Можно предполагать, что клетки с соматической мутацией V617F JAK2 могли бы быть выявлены у нее и при первых клинических проявлениях атеротромботических осложнений.

В настоящее время рассматривается два основных механизма тромботических осложнений при ХМО. Один из них связан с качественными аномалиями клеток крови вследствие возникновения клональных клеток-предшественников, экспрессирующих протромботический фенотип. Другой механизм основан на воспалительном ответе клеток сосудов на действие цитокинов и других медиаторов, высвобождаемых трансформированными гранулоцитами и тромбоцитами.

Действительно, при ХМО отмечаются значительные изменения функционального состояния тромбоцитов, снижение уровня молекул адгезии (гликопротеинов Ib, IIb/IIIa, IV и VI), приобретенная болезнь пула хранения, нарушение метаболизма арахидоновой кислоты, повышение экспрессии на поверхности тромбоцитов Р-селектина и тканевого фактора [9,12]. Мутация в гене JAK2 увеличивает адгезивность эритроцитов посредством модификации поверхностных молекул адгезии. Активация JAK2 также участвует в увеличении экспрессии молекул тканевого фактора поверхностью нейтрофилов и моноцитов через MAPK и PI3K пути. Кроме того, у пациентов с ХМО показано присутствие мутации V617F JAK2 не только в кроветворных, и в эндотелиальных клетках сосудов.

Очевидно, эндотелиальные клетки также участвуют в процессе злокачественного перерождения, что позволяет предположить первичную патогенетическую роль трансформированных клеток-предшественников, общих для кроветворных и эндотелиальных клеток [5]. Нормальное количество клеток периферической крови в присутствии мутации V617F JAK2 подтверждает гипотезу о том, что увеличение тромботического риска, связанного с миелопролиферативными новообразованиями, обусловлено активацией лейкоцитов и тромбоцитов в большей степени, чем увеличением количества клеток [6].

Заключение: В настоящей работе впервые на территории Российской Федерации была апробирована аналитическая технология скрининга пациентов, перенесших инсульт, на носительство соматической онкогенной мутации V617F JAK2 с использованием разработанного набора для проведения аллель-специфической ПЦР-РВ в пулированных образцах крови. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте выявления носителей мутации V617F JAK2 (3%) среди обследованного контингента, совпадающие с данными зарубежных авторов. Раннее выявление мутации в гене янус-киназы 2 может способствовать ранней диагностике ХМО, своевременной коррекции функциональной активности гранулоцитов и тромбоцитов, предотвращению цереброваскулярных катастроф.

Источники финансирования: Настоящее исследование проведено в рамках бюджетных программ НИР ФГБУН КНЦ СО РАН и СФУ. Дополнительная финансовая поддержка была получена от региональной общественной организации «Красноярская краевая ассоциация медицинской лабораторий диагностики».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбенко А.С., Столяр М.А., Субботина Т.Н., Михалев М.А., Ольховский И.А. Разработка метода определения аллельной нагрузки соматической мутации V617F в гене JAK2 (янус-киназы 2) в пулах проб венозной крови. *Лабораторная служба*. 2016; 1: 19–25.
2. Ольховский И.А., Столяр М.А. Особенности агрегационной активности тромбоцитов у пациентов с мутацией в гене JAK2: гендерные отличия и эффект аспирина. *Гематология и трансфузиология*. 2014; 1: 11–14.
3. Barbui T., Finazzi G., Falanga A. Myeloproliferative neoplasms and thrombosis. *Blood*. 2013; 122(13): 2176–2184.
4. Dea T., Prabhakara P., Nagarajah D., Christopher R. Janus kinase (JAK) 2 V617F mutation in Asian Indians with cerebral venous thrombosis and without overt myeloproliferative disorders. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012; 323:178–182.
5. Falanga A., Marchetti M., Vignoli A., Balducci D., Barbui T. Leukocyte-platelet interaction in patients with essential thrombocythemia and polycythemia vera. *Exp Hematol*. 2005; 33(5): 523–530.
6. Falanga A., Marchetti M. Thrombotic disease in the myeloproliferative neoplasms. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2012; 2012: 571–81.
7. Jelinek J., Oki Y., Gharibyan V, et al. JAK2 mutation 1849G>T is rare in acute leukemias but can be found in CMML, Philadelphia chromosome-negative CML, and megakaryocytic leukemia. *Blood*. 2005; 106: 3370–3373.
8. Jiri Schwarz, International Hematology Expert Meeting 2014 Hermagor/Austria, p 8-9, Available at: <http://xn--80aajeesum3a.xn--p1ai/pdf/Myeloproliferative.pdf> (Accessed 22 September 2015)
9. Kubota Y, Tanaka T, Ohnishi H, et al. Constitutively activated phosphatidylinositol 3-kinase primes platelets from patients with chronic myelogenous leukemia for thrombopoietin-induced aggregation. *Leukemia*. 2004; 18(6): 1127–1137.
10. Nielsen C., Bojesen S.E., Nordestgaard B.G., Kofoed K.F., Birgens H.S. JAK2V617F somatic mutation in the general population: myeloproliferative neoplasm development and progression rate. *Haematologica*. 2014; 99(9): 1448–55.
11. Passamonti S.M., Biguzzi E., Cazzola M., Franchi F. et al. The JAK2 V617F mutation in patients with cerebral venous thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2012; 10: 998–1003.
12. Schafer A.I. Bleeding and thrombosis in the myeloproliferative disorders. *Blood*. 1984; 64(1): 1–12.

ДИАТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ В ЭЛЕКТРОХИРУРГИИ

Что такое диатермический ожог?

Это прежде всего ожог мягких тканей, вызванный электрическим током при неправильной работе или неправильной эксплуатации электрохирургического инструмента.

Почему он возникает?

Нарушение функции возвратного электрода может быть вызвано его отсоединением от прибора, плохим контактом с телом или недостаточным количеством геля, а также влажной средой. Примером могут служить артроскопические операции, где требуется большое количество жидкости.

В подобных ситуациях ток будет искать другие места выхода (например, прокладки электрокардиографа, металлические части операционного стола, металлические украшения больного, металлические иглы капельницы), что может привести к электроожогу.

Роль дополнительного «электрода» может играть протез: металл нагревается и берет на себя часть силы тока, вследствие чего требуется увеличивать мощность.

Кроме того, диатермический ожог можно получить, если части тела точно соприкасаются друг с другом. В этом случае электрический ток может пройти по-другому, неправильному, пути и вызвать ожог.

Чем опасен диатермический ожог?

Ожоги подобного вида часто носят обширный характер, распространяясь на большом протяжении. Велики объемы омертвевших тканей и раневых поверхностей, образовавшихся на их месте. Такие особенности приводят к тому, что все продукты распада активно всасываются в кровь, вызывая тяжелую интоксикацию.

Каким образом его можно избежать?

В первую очередь – правильное наложение возвратного электрода (вне костных выступов) и избежание заземления больного. Если ток проходит через область сердца, то могут возникнуть перебои в работе электрокардиостимулятора. Чтобы не допустить подобного осложнения, возвратный электрод располагают как можно ближе к операционному полю и как можно дальше от сердца.

На сегодняшний день все эти проблемы решаются гелиевыми электродами. В связи с его большей площадью создается электрическое поле, и электрический ток идет по максимально короткому пути до активного электрода, не вызывая при этом нагревания мягких тканей пациента.

Продукция представлена на эксклюзивной основе

Гемостатические впитывающие губки на основе желатина Cutanplast

- Эффективное кровоостанавливающее действие
- Совместимость с тромбинами и любыми препаратами
- Саморассасывающийся, не требующий удаления
- Высокая впитываемость и биоинертность



Уникальный многоразовый возвратный электрод MegaSoft

- За 55 000 000 млн. процедур НЕ обнаружено ни одного локального ожога
- Идеален при работе во влажной среде
- Прямой контакт с кожей не обязателен
- Безопасен для пациентов с кардиостимулятором или металлическим имплантатом
- Экономически выгоден в сравнении с одноразовыми возвратными электродами



Электрохирургический генератор Megapower производства Megadyne

Надежный, безопасный генератор, с запатентованным режимом резания ACE Mode - режет кожу не оставляя некроза на ткани, быстрое заживление ран с лучшим косметическим эффектом.



Эндоскопия полного спектра Full Spectrum Endoscopy

Видеоэндоскопическая система Fuse® с возможностью визуализации панорамного изображения, значительно повышая качество эндоскопического исследования, позволяет выявлять злокачественные образования на более ранних этапах развития.

- Три HD-камеры
- Угол обзора до 330°
- Рабочий канал 3,8 мм
- В тандемных испытаниях Fuse™ нашел дополнительно 69% аденом



ООО «Сибирь Медик Групп»

600135, г. Красноярск, ул. Весны, д. 3 пом. 228
тел. +7(391) 219-99-63
24SMG.RU

ЖИЗНЬ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЙ

Движение – главное в нашей повседневной жизни. И когда мы лишаемся этой свободы из-за артрита, травм, болей в спине – качество нашей жизни ухудшается. Мы понимаем, как важна свобода движения, для того чтобы жить полной жизнью. Вот почему мы неустанно стремимся возвращать пациентов по всему миру к жизни без ограничений.



Борис Васильевич Харьков
Генеральный директор ООО МДК «Енисей»

Борис Васильевич, Ваше предприятие является ведущим поставщиком медицинского оборудования?

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

Это совсем другая философия, чем просто поставки.

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

Особо хочется отметить направление, представленное брендом DePuy Synthes Mitek, который входит в состав группы компаний Johnson&Johnson, а это крупнейший в мире поставщик высокотехнологичного оборудования, широкого спектра инструментария и имплантатов для проведения различного вида артроскопических операций.

DePuy Synthes Mitek также является одним из ведущих разработчиков и производителей продукции для эндопротезирования плечевого сустава и суставов пальцев кисти.

— медицина и бизнес —

Целью проведения хирургической операции по эндопротезированию суставов является восстановление нормального объема движений, одинаковой длины конечностей, устранение боли и возвращение пациента к полноценной жизни.

В данный момент в Красноярске активно реализуется метод артроскопического вмешательства при реконструкции связок коленного, плечевого, голеностопного и других суставов.

Расскажите, пожалуйста, об этом более подробно.

Термин «артроскопия» произошел от слияния двух греческих слов: *артро* – сустав и *ско́пос* – осмотр. То есть это просто «осмотр сустава». Несмотря на то что артроскопия – передовой и современный метод исследования, началом ее принято считать 1918 год, когда японский профессор Кэндзи Такаги (Kenji Takagi) впервые попытался осмотреть полость сустава животного с помощью прибора, по следам которого и разработали артроскоп. С тех пор метод прошел очень большой путь, превратившись из эксперимента в целое направление травматологии и ортопедии и значительно продвинувший хирургию и медицину в целом.

Раньше артроскопия применялась только для осмотра сустава и подтверждения диагноза. Оперировали сустав по старинке – через большие разрезы. Некоторые хирурги пренебрежительно отзывались о методе как о «чужаестве», а артроскоп называли «дорогой игрушкой». Время расставило все по своим местам – 99% всех операций на крупных суставах (коленный, плечевой) делаются артроскопическим методом.

Борис Васильевич, чем же так хороша артроскопия? В чем ее преимущества?

Преимущества масса, и они важны как для доктора, так и для пациента.

Первое – это МАЛОИНВАЗИВНОСТЬ. Очень малая травматизация тканей по сравнению с традиционными операциями. Делается два-три разреза по 1-2 сантиметра каждый. При традиционной артротомии (когда сустав разрезают полностью) разрез может достигать 20-30 см.

Второе – САМАЯ ВЫСОКАЯ ТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ проблем сустава. Артроскопия – единственный метод исследования сустава, точность которого составляет 100%. Согласно клиническим исследованиям, даже суперсовременный метод МРТ (магнитно-резонансная томография) для суставов имеет точность исследования около 92% при условии оценки томограмм опытным специалистом. А такой метод исследования, как УЗИ сустава, «попадает в цель» только в 42-45%. Из этих двух преимуществ

шесть вытекает третье: ЛОКАЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ. При артроскопии врач работает только с пораженным участком сустава, не травмируя другие его отделы. Это значительно сокращает реабилитацию после операции (обычно пациенты выписываются из больницы через 1-2 суток после операции, никакого гипса, активные движения в суставе со второго дня после операции, полная реабилитация в домашних условиях в течение двух недель), а что еще более важно – улучшает прогноз послеоперационного периода, то есть насколько хорошо и долго сустав будет выполнять свои функции в дальнейшем. Для многих профессиональных спортсменов, получивших травмы на тренировках и соревнованиях, такой метод лечения стал «обратным билетом» в большой спорт.

Без артроскопической травматологии человечество лишилось бы многих олимпийских медалей и мировых рекордов.

И еще одно преимущество – ОТСУТСТВИЕ КОСМЕТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА. После операции на место каждого разреза накладывается всего один шов. Через год после операции место разреза практически незаметно, через два года пациент затрудняется показать места разрезов – они почти неразличимы. При всем вышесказанном у хирурга во время операции, по сравнению с традиционной артротомией, есть БОЛЬШАЯ СТЕПЕНЬ СВОБОДЫ. Артроскоп – прибор, который содержит в себе миниатюрную камеру для визуализации сустава и всех процессов в нем на мониторе с многократным увеличением. Когда при нестабильном поведении сустава произошло его выпадение, эта процедура является единственным методом, который позволяет выявить процессы, которые происходят в суставе.

При артроскопии вся поверхность сустава доступна для осмотра. При обычном рассечении сустава, несмотря на большой разрез, нормально посмотреть можно исключительно передние отделы, то есть только половину сустава.

Метод визуализации позволяет видеть не просто ткани в сочленении при разрезе, а практически всю внутреннюю область. Благодаря этому хирург может с абсолютной точностью диагностировать травмы хрящевой прокладки, повреждения в сухожилиях и связках, а также обнаружить в жидкости сустава свободные тела и прочее.

Именно поэтому артроскопический метод лечения суставов сегодня используется все чаще – вместо традиционной открытой операции: артротомии.

Какие основные виды артроскопии в данный момент существуют?

медицина и бизнес

Артроскопия коленного сустава. При разрыве мениска, ПКС и ЗКС (передней и задней крестообразных связок) используют трансплантаты из собственных связок пациента (например, бедра) или искусственных.

Артроскопия тазобедренного сустава. Используется для оценки состояния бедренной кости и других суставных элементов и соответствующего лечения.

Артроскопия локтевого сустава. Рекомендуются пациентам как диагностическая процедура при жалобах на боли в руке и любых проблемах со сгибанием-разгибанием конечности. А также для операций при инфекциях, артритах и других.

Артроскопия голеностопного сустава. Показаний для операций на голеностопном суставе очень много, делают ее быстро и безболезненно. Реабилитация проходит в щадящем режиме, и в среднем через пять недель пациент уже может спокойно ходить, полностью опираясь на стопу.

Особо хочется остановиться на методе артроскопии плечевого сустава. Эта разновидность тоже используется довольно часто – и для профилактики, и для лечения. Современные достижения и большие успехи в имплантологии позволили проводить операцию на самом подвижном суставе человеческого организма – плече.

Еще весной 2011 года на Первом международном конгрессе Ассоциации спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов (АСТАОР) участники озвучили одну из самых актуальных тем современной хирургии – «Новые технологии артроскопической хирургии плечевого сустава».

Особый интерес слушателей вызвала тема лечения патологий хронической нестабильности плечевого сустава (привычного вывиха плеча), лечения сложных хронических патологий и особенностей реабилитации у людей, ведущих активный образ жизни. Сегодня в России спортом занимается порядка 15 млн человек, среди них около 150 000 – профессионально.

В отличие от артротомии артроскопическая операция позволяет минимизировать время, которое пациент проводит в стационаре, а также время реабилитации и возвращения к полноценному образу жизни. Для профессиональных спортсменов или людей, ведущих активный образ жизни, быстрое возвращение движения в суставе является критичным.

Как часто проводятся эти операции?

По данным компаний-производителей, в России в год проводится менее пяти тысяч операций

плечевого сустава, в то время как потребность в подобных операциях на количество населения, по аналогии с США и странами Европы, составляет около 400 000 в год.

Причины того, что не все нуждающиеся пациенты получают высокотехнологичную медицинскую помощь, связаны и с недостаточным уровнем владения докторами первичного звена диагностическими знаниями, и с недостаточной информированностью самих пациентов об учреждениях, куда можно обратиться за специализированной помощью.

Сегодня архиважно объединить усилия ведущих врачей, специалистов по организации здравоохранения и производителей решений для травматологии, чтобы российские пациенты могли получать доступ к качественной высокотехнологичной медицинской помощи.

MDK
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 —

«ВТОРАЯ ТРАВМА»...



АВТОРЫ

**В.И. Брюханов,
И.А. Гвоздев,
А.В. Буйда**

*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

Второе травматологическое отделение было развернуто весной 1973 года, материальная база и персонал отделения перевел из 1-й городской больницы Красноярск. Возглавил отделение Борис Захарович Коган – высокий профессионал, прекрасный организатор и великолепный хирург. А еще Борис Захарович – прекрасный человек и Воспитатель. После него остались кадры, которые являются идеалом современной травматологии и ортопедии, потому что это люди, на которых можно положиться в трудной ситуации. Потенциал отделения, который был заложен Борисом Захаровичем, сохраняется до сих пор.

В последующие годы заведующими отделением были П.Г. Шалонова и А.В. Спиридонов.

Отделение фактически сразу стало клинической базой кафедры травматологии и ортопедии КрасГМУ. Во главе с профессором Л.Л. Роднянским в те годы на кафедре работали доцент А.А. Гайдуков, ассистенты Л.И. Лобачева и В.А. Клименко.

С 1994 года в отделении стали применяться методики эндоскопической хирургии на суставах. Заведующий В.И. Брюханов и врач отделения О.А. Гендин прошли специализацию по артроскопии в московских и зарубежных (США, Германия) клиниках. На сегодняшний день артроскопическая хирургия в отделении соответствует мировым стандартам.

В 1996 году при поддержке администрации больницы (Б.З. Коган, С.И. Стародубцев) впервые в крае была проведена конференция по артроскопическим методам лечения коленного сустава с проведением показательных операций (с видеотрансляцией из операционной) президента Российского артроскопического общества М.П. Лисицына (ЦИТО, г. Москва).

— из истории одного отделения —



Впервые в Зауралье по инициативе и непосредственному участию В.И. Брюханова в 1997 году в отделении были проведены операции тотальной артропластики коленного и тазобедренного суставов (цементной и бесцементной фиксации) с использованием современных технологий фирмы Osteonics (США). Участниками первой такой операции в крае были профессор Н.Г. Гончаров (РМАПО, г. Москва), О.А. Гендин, А.А. Любченко, Г. Адамович и И. Кожура.

В настоящее время подобные операции стали рутинными и применяются в каждом современном отделении травматологии и ортопедии. До сих пор 2-е травматологическое отделение возглавляет Владимир Иннокентьевич Брюханов – врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения, заслуженный врач Российской Федерации. За эти годы под его руководством в клиническую практику (помимо артроскопических операций и эндопротезирования суставов) внедрены новые методики лечения травматологических больных: костно-сухожильная пластика и пластика аллотрансплантатом передней крестообразной связки, интрамедуллярный остеосинтез трубчатых костей с блокированием стержней, остеосинтез блокируемыми пластинами при внутрисуставных переломах любых локализаций, остеосинтез вертельных переломов с помощью гамма-гвоздей и системой динамического бедренного винта.

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

— из истории одного отделения —



В отделении выросло не одно поколение высококвалифицированных врачей-специалистов: А.В. Спиридонов, О.А. Гендин, К.В. Тутьинин, И.А. Гвоздев. Много лет трудятся в отделении медицинские сестры: Р.М. Волкова, Г.А.



— из истории одного отделения —



Пожидаева, Р.Р. Арюткина, Н.Д. Рихтер, В.В. Старовойтова, Н.П. Засемкова, Е.Б. Полякова, О.Г. Салобутова, О.Л. Файзулина, Е.В. Левантовская, и заботливые санитарочки: А.И. Воронова, И.В. Леонтьева, И.И. Немкина, Л.И. Шевелева, Т.А. Парзинец, Г.Ф. Карюкина.

Все врачи отделения имеют высшие квалификационные категории. Из среднего медицинского персонала высшая категория у 80 процентов сотрудников.

Вот такая она – «вторая травма»!

— золотой фонд БСМП —

БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК БСМП

А В Т О Р

А.О. Бабушкин

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Май 1982 года.
Ветераны на конкурсе среди
медицинских сестер.
Нейрохирург Е.Ф. Лаврова,
старший фельдшер СМП
М.А. Брюханова
и рентген-лаборант А.Н. Юхин



Помнится, как в 1982 году мне, секретарю комсомольской организации больницы, было доверено принять участие во всесоюзной поисковой экспедиции «Летопись Великой Отечественной». Так представился замечательный повод ближе познакомиться с военной судьбой наших ветеранов — сотрудников БСМП. А ведь на то время в больнице трудилось 27 этих доблестных орденосцев. Нашими активистами были собраны записи воспоминаний об их участии в боевых действиях и оказании медицинской помощи близ передовой и в тылу. Удалось даже получить копии фотографий периода войны. А какова значимость собственноручно заполненных ветеранами анкет! Стоит сказать, что в большинстве своем эти записи были весьма сдержаны, но в то же время содержали в себе жесткую правду пережитого.

Со временем встречи ветеранов больницы ко Дню Победы вошли в традицию, но, увы, с годами ряды орденосцев неумолимо уменьшались...

День 70-летней годовщины Великой Победы в нашей стране, на мой взгляд, привнес в традицию Праздника новую жизнетворную струю патриотизма. Ряды здравствующих ветеранов пополнил многомиллионный «Бессмертный полк» ушедших

Май 1992 года.
Ветераны инфекционного корпуса.
Врач А.И. Буткевич
и медицинские сестры
М.Е. Лукьяненко, Н.А. Белова
и К.Г. Андреева



— золотой фонд БСМП —



Май 1995 года. На встречу с ветеранами прибыл первый главный врач БСМП Николай Семенович Карпович

Май 2002 года.
Встречи ветеранов
войны и тружеников
тыла



Май 2002 года.
Встречи ветеранов
войны и тружеников
тыла



воинов. Безмолвный поток портретов Героев, бережно поднятых руками их почти-тающих родных, шествовал по улицам наших городов, превратившись в торжество Жизни и Бессмертия. Отмечено, что в этом Марше Памяти по России участвовало 12 миллионов ветеранов, а в Красноярске – шесть тысяч!

Хотелось бы, чтобы все, кто трудится в нашей больнице, знали, помнили и чттили имена наших ветеранов.

[illegible]

АНКЕТА		присвоен, переименов, выдан заново в г. г.)	
ветерана Великой Отечественной войны		Домашний адрес в 50 телефонов <u>Беломост 45-56</u>	
Имя, фамилия, отчество (полное имя)	Андрея (фамилия) Клавдия (имя) Бригидовна (отчество)	Исходные фотографии ветерана (из личной коллекции) (дата снимка)	<u>г. Красноярск - 28.</u>
Число, месяц, год рождения	<u>1923 года 16 июня</u>	Исходные фотографии или фотоальбомы ветерана участника	
Место рождения	<u>Калининский об.</u>		
Национальность	<u>Русская</u>		
Образование	<u>Начальное</u>		
Партийность	<u>Член ВКП(б)</u>		
Служба до и после войны	до и после окончания в рядах ВКС		
Служба до и после войны	до и после войны		
В составе какой воинской части, партизанского отряда, подпольной организации, на каком фронте войны, где трудился в годы войны			
<u>43 Армия Веталин, 31 Армия Златоустов</u>			
Какие были правительственные награды и за что награжден			
<u>За боевые заслуги, Победу над Германией</u>			
<u>- и освобождением Ленинграда</u>			
Итоги послевоенной жизни в годы войны			
<u>Горький</u>			
Род занятий в довоенный период			
Какие места общественной работы в настоящее время			
Место работы и занятость в настоящее время			
Дата заполнения			
Ф. И. О. места работы (учбы) исполнителя			
<u>Б.С.М.Т. 1-е им. отг. санитария</u>			



- 47

A black and white portrait of a woman in a military uniform. She is smiling and looking towards the camera. She wears a dark beret with a small emblem on the front. Her uniform jacket has light-colored epaulettes on the shoulders. The background is slightly blurred, showing what appears to be a window or a wall with a grid pattern. The photo is mounted on a light-colored card with a white border.A black and white portrait of a woman, likely a Soviet citizen, wearing a light-colored headscarf. She is looking slightly upwards and to the right. The photo is mounted on a light blue background with a white border.

- 48

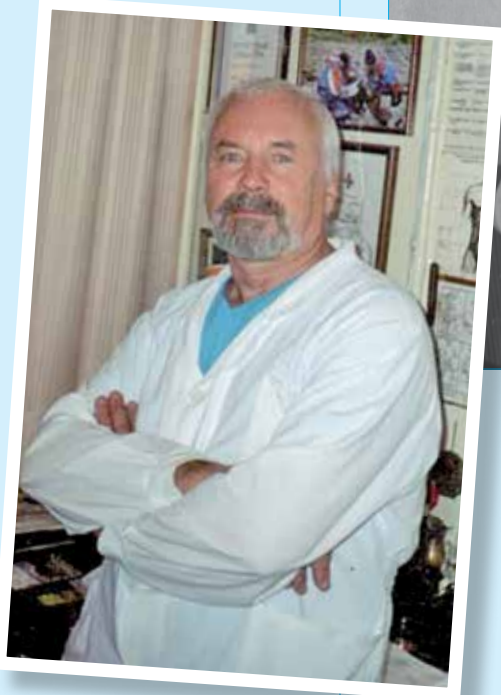
— золотой фонд БСМП —

АЛЕКСАНДР ГЕОРГИЕВИЧ АРТЮХ

АВТОР

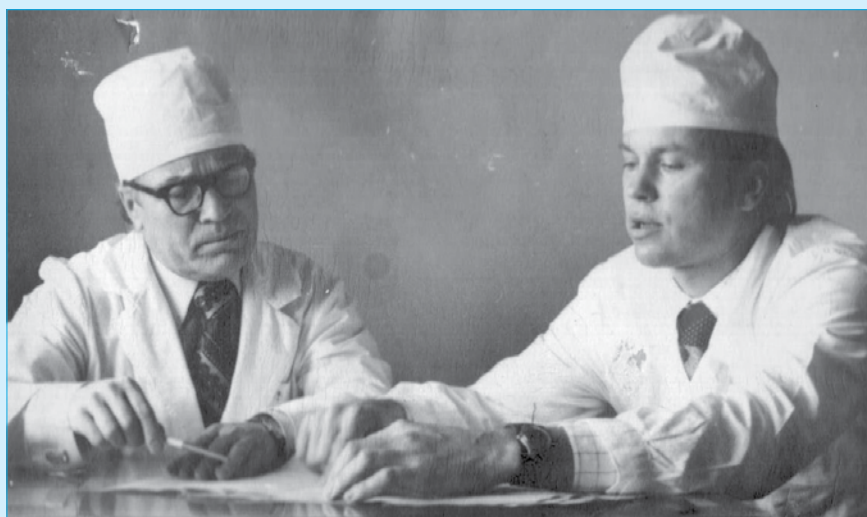
В.К. Конев

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»



Александр Георгиевич Артюх родился 1 ноября 1942 года в Красноярске, в семье механика Енисейского пароходства. Детство и юность его прошли с отцом на Енисее. После окончания школы в 1960 году под влиянием фильма «Дорогой мой человек» по мотивам романа Юрия Германа юноша поступил в Красноярский медицинский институт. Учился жадно, увлекался спортом, участвовал в лыжных гонках. Жить приходилось в трудных условиях, и с 1964 года Александр Георгиевич начал подрабатывать медбратом в травматологическом отделении городской больницы №1. Но занятий, несмотря на все трудности, не пропускал – мечтал стать хирургом.

В 1966 году после окончания института был направлен на работу в поселок Подтесово, но работать хирургом помешала аллергия. Из всех специальностей он выбрал неврологию, которую полюбил всем сердцем. С 1968 года трудил-



Александр Артюх на фото справа

— золотой фонд БСМП —



ся неврологом, а затем заведующим неврологическим отделением МСЧ № 7 под руководством Н.С. Карповича. В 1972 году его перевели в открывшуюся больницу скорой медицинской помощи на должность заведующего неврологическим отделением. В силу производственной необходимости Александр Георгиевич исполнял еще и обязанности главного врача.

С 1974 года под руководством профессора Н.С. Дралюк стал работать неврологом-консультантом в открывшемся нейрохирургическом отделении. Прошел усовершенствование по нейроонкологии в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко.

Александр Георгиевич запомнился всем как высококвалифицированный врач-диагност. Много лет, когда не было таких методов обследования, как МРТ и МСКТ, теоретические знания, клиническое мышление и практический опыт врача имели первостепенное значение в диагностике тяжелых нейрохирургических заболеваний и травм центральной нервной системы. Незаурядный талант невролога принес ему заслуженный авторитет среди коллег. Он серьезно занимался проблемами лечения остеохондроза, стал пионером мануальной терапии в БСМП, чем заслужил любовь, уважение и известность среди больных и сотрудников. Под руководством профессора Н.С. Дралюк проводил научно-исследовательскую работу, опубликовал ряд статей.

Александр Георгиевич находил время для работы в Краевой федерации инвалидов спорта, участвовал в автопробеге инвалидов-спинальников до Парижа. Занимался лыжным спортом, принимал участие в спортивных соревнованиях между медицинскими учреждениями города и края.

Природа наградила его не только талантом врача, но и дала прекрасное качество: безграничную доброту по отношению к больным и коллегам. Александр Георгиевич был замечательным учителем-педагогом, через его руки прошло огромное количество молодых хирургов и ординаторов, его любили и уважали все.

До последней минуты его жизни рядом с Александром Георгиевичем была его верная жена Наталья Ивановна – надежный помощник и друг!

Память об Александре Георгиевиче навсегда останется в сердцах его товарищей и пациентов.

— золотой фонд БСМП —

ДОЦЕНТ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ГАЙДУКОВ

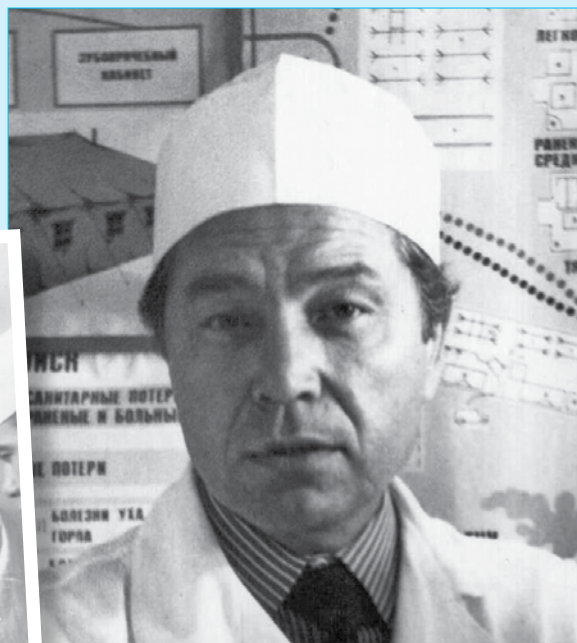
АВТОРЫ

**В.И. Брюханов,
М.А. Любченко**

*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*



*Алексей Александрович Гайдуков (слева)
со студентами*



Алексей Александрович Гайдуков родился 21 марта 1930 года в крестьянской семье в деревне Козловка Пагельменского района Пензенской области. Окончил школу-интернат в селе Пагельма. После окончания в 1954 году Куйбышевского мединститута по своей просьбе получил направление на работу в Красноярский край. Несколько лет работал хирургом в Ужурской ЦРБ.

В 1957 года был принят на работу травматологом в Краевую клиническую больницу № 1. Одновременно преподавал на кафедре травматологии и ортопедии Красноярского государственного медицинского института. Защитил кандидатскую диссертацию и с 1975 года являлся доцентом кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ, клинической базой которой являлись отделения травматологии БСМП.

Алексей Александрович внес большой вклад в решение одной из сложнейших проблем мировой ортопедии – хирургического лечения сколиоза 3-4 степени. Он также вел большую научную и рационализаторскую работу: изобрел и внедрил в практику корректор позвоночника, позволяющий исправлять грубые деформации позвоночного столба с учетом продолжающегося роста пациентов,

— золотой фонд БСМП —



аппарат фиксации переломов мыщелков бедра, аппарат для внешней фиксации переломов длинных трубчатых костей и др.

Постоянно привлекал врачей-травматологов к проведению научных исследований.

Доцент Гайдуков был строгим, но справедливым наставником молодых врачей. Он мог не только рассказать о плане операции, возможных проблемах и перспективах послеоперационного периода, но и показать, как нужно правильно оперировать и проводить реабилитацию пациентов. Каждая проведенная им операция была исключительна и индивидуальна по оперативному замыслу и технике выполнения.

Несмотря ни на какие причины, при необходимости в особо трудных случаях приезжал в больницу в любое время суток для проведения консультации и операции.

Большое количество прооперированных больных благодарны доктору Гайдукову за то, что избавились от уродства в виде «горбов».

Каждый обход, каждая планерка, проведенные им, давали бесценные знания для врачей отделений.

Алексей Александрович прожил яркую жизнь и навсегда останется в памяти благодарных коллег и пациентов.

*Алексей Александрович Гайдуков
(первый ряд справа)*



— золотой фонд БСМП —

ОТЛИЧНИЦА ПО ЖИЗНИ



Л.Н. Сифоркина

Золотая медалистка, окончившая вуз с красным дипломом, кандидат медицинских наук... Людмила Николаевна Сифоркина – отличница по жизни. Среди ее почетных званий – заслуженный врач России, член-корреспондент РАЕН, победитель Всероссийского конкурса врачей (2-е место в номинации «Лучший врач медицинской реабилитации»). Можно сказать, она из династии врачей: родная сестра – врач скорой помощи, брат – окулист, двоюродные сестры – психиатр и педиатр, двоюродный брат – врач-хирург, работает в Крыму сын – врач-рефлексотерапевт, дочь – физиотерапевт, племянник – судмедэксперт, племянница – медицинская сестра, окончила медицинское училище в Туре. И это еще не все медики в их династии. О таких профессионалах, как Людмила Николаевна Сифоркина, говорят «врач от Бога».

Открывать для себя что-то новое в профессии, заниматься наукой стало необходимостью, хотя Людмила Николаевна о физиотерапии никогда не думала. Она вспоминает, как веселилась группа и она сама, когда вместе с дипломом ей вручили на память о вузе «Справочник санаторно-курортной службы». С четвертого курса занималась в



СНО по кардиологии, грезилась ею, участвовала в написании научных работ, выступала на научно-практических конференциях. Но когда вышла на работу в БСМП, свободного места в кардиологии не оказалось, ей предложили немного поработать в физиоотделении и брать ночные дежурства терапевтом в приемном покое. Почему БСМП? Да потому что весь ее выпуск и друзья пришли в 1974 году в новую больницу, а куда без друзей, с которыми позади и школа, и вуз.

Кстати, эта профессия поначалу не прельщала молодого врача – из семи лет обучения в институте на курс физиотерапии отводилось всего-



— золотой фонд БСМП —



то шесть дней. Что за это время можно узнать о физиотерапии, а тем более выбрать делом всей жизни?! Всякое думалось – и что засмеют, и что по слабоумию спишут, и так далее. И тут под-вернулся господин Случай: семейный совет, на котором родители вдруг заявили, что перед ними первое явление в династии – некомпетентный врач... «Почему Николай Дроздов рассказывает нам о том, чем тебя поставили заниматься? Что? Где литература, где погружение в профессию?» И пошло, и поехало... И вот проходит время... В 1981 году Людмила Николаевна становится за-ведующей физиотерапевтическим отделением в БСМП. И работает там по сей день. В те же годы она является главным физиотерапевтом города, а затем и края.

Более 40 лет отдано служению родному Красноя-рью. С 80-х годов Людмила Николаевна Сифорки-на – бессменный председатель общества физио-терапевтов, которое сегодня называется иначе: Краевая региональная общественная организация «Научно-практическое общество «Восстанови-тельная медицина им. Е.Я. Дыхно».

Вспоминаются школьные уроки литературы, где звучали слова поэта Владимира Маяковского: «Гвозди бы делать из этих людей, не было б креп-че в мире гвоздей»...

Людмила Николаевна – человек творческий. Любит музыку, театр, любит и умеет организовать праздники в коллективе, может словом и делом вдохновить коллег. За юмор и актерский талант ее ценят и любят пациенты, с которыми у нее сразу устанавливаются доверительные отношения.

Каждому она стремится помочь и помогает как родному. Да, физиотерапия – вспомогательный метод лечения, однако без него ни в одном клини-ческом отделении не обойтись, а БСМП их – 21. Спектр задач широкий, за эту многогранность и полюбила Людмила Николаевна физиотерапию. И признается, что много бы лишилась в жизни, если бы не посвятила себя этой профессии. Не узнала бы столько интересного в науке, не познакомилась бы с таким количеством наставников и коллег.

О коллегах-подругах хочется сказать отдельно: они умеют дружить. Это Галина Ивановна Не-чепуренко, Людмила Константиновна Орлова и наша Людмила Николаевна Сифоркина!

И в профессии вместе, и в жизни вместе. Связы-вает их общая история длиною почти в полвека. В основе этих отношений – любовь к людям и про-фессии, взаимоуважение, взаимопонимание, вза-имоподдержка. Не помню, кто сказал, что дружба – дело круглосуточное, это тоже про них!!!

С праздником вас, Отличницы здравоохранения!

Заслуженный педагог РФ Т.В. Сеткова

от всей души

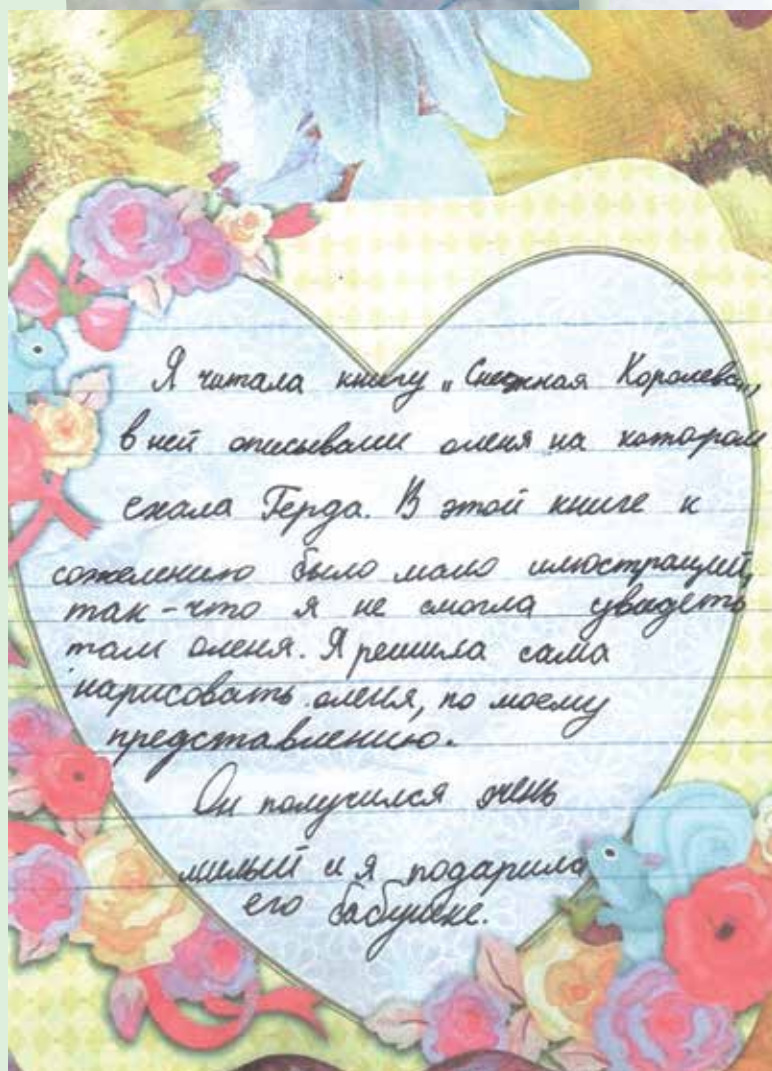
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

12 мая, в Международный день медицинской сестры, Совет средних медицинских сестер при поддержке администрации больницы и профсоюзной организации провел конкурс рисунков и сочинений на тему «Моя мама – медицинская сестра». Что еще может греть сердце мамы так, как согревают детские улыбки, глаза, слова? Мы предлагаем и вам посмотреть и почитать, что думают наши дети о профессии своих мам и какими они их видят!



Моя мама медсестра.
Моя мама работает медсестрой в больнице. Она каждый день идёт на работу одевает свой халат, берет стетоскоп и укол. Я даже представляю как она выпрыгивает далеко из мамы ведёт его в комнату где помест его уже халат. У неё очень сложная работа спасать миллион людей в той комнате. За такую маму надо бороться. Я её очень люблю.
Курашев Полюша.

от всей души



от всей души

Моя мама медсестра.

Когда моя мама пошла учиться на медсестру, ей было уже 32 года. Училась она очно-заочно, 4 года, параллельно работая. Когда она закончила колледж, то стала работать медсестрой в БСМП, в отделении челюстно-лицевой хирургии. Вообще я не удивился, когда мама решила пойти учиться в медицинский, потому что я с детства наблюдал как она то кошкам лапы бинтует, то родственникам раны обрабатывает. Теперь у нас дома все знают что такое флегмона, абсцесс. Часто мы с папой слышим лекции о фурункулах и карбункулах и гигиене. Когда у соседей случается какая-то неприятность, они идут к моей маме, то снимки просят посмотреть, то уколы поставить, то диагноз понятным языком объяснить, хотя у нас на улице живут несколько медиков, включая врачей. Просто ей доверяют, видимо это пошло с той поры когда она работала в местном магазине. Вообще она у меня веселая, хоть и острая на язык, но иногда чтобы заставить человека заботиться о своем здоровье приходится говорить прямо и открыто. Моя мама очень любит работать руками, хлебом не корми дай только укол поставить или рану перевязать. Мне кажется сейчас она на своем месте, да и дело это стоящее, помогать людям. И вообще, хорошо когда дома есть медик, особенно если это твоя мама!

Лопатин Арман, 17 лет.



Хорошая
Мама

Сочинение про маму.
Моя мама работает
медсестрой в больнице.
Я её очень люблю. Она помогает людям.
Иногда меня мама берет на работу.
Я вижу как моя мама ставит укол
больным, мерит давление, раздает таблетки.
Еще она часто дежурит. Я по ней скучаю.
Я очень горжусь своей мамой.
Это очень важная работа - спасать
людей. Я буду хорошо учиться
и может стану доктором.

автор Максим Савченко 7 лет



судебник Максим
Савченко 7 лет

от всей души



Моя мама медсестра.

Мую маму зовут Люба. Она работает медсестрой в больнице уже 15 лет. Сначала моя мама работала в отделении пульмонологии, а сейчас она работает в отделении сосудистой хирургии.

Моей маме нравится эта работа. И она мне тоже говорит, что рада тому, что выбрала эту профессию. У нас дома есть атлас анатомии человека и я часто читаю его.

Я недавно была у мамы на работе и видела как она работает. Я думаю для человека очень важно иметь любимую работу. Когда я вырасту я тоже выберу профессию по душе.

случай из практики

НЕ БЫЛО БЫ СЧАСТЬЯ...

В.И. Брюханов

заведующий травматологическим
отделением №2
КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Где-то в середине 80-х годов лечился в нашем травматологическом отделении в связи с переломом лодыжек один довольно известный в Красноярске фотограф. Ничего особенного в его переломе не было, и я бы, наверное, быстро забыл этот случай, однако сделать это мне не позволяет одно обстоятельство: пациент имел врожденное укорочение одной из нижних конечностей.

В то время уже весь мир знал методы оперативного лечения длинных трубчатых костей, которые изобрел врач-травматолог из Кургана Гавриил Абрамович Илизаров. Многие помнят знаменитого прыгуна в высоту Валерия Брумеля – чемпиона мира, которому профессор Илизаров помог вернуться в большой спорт после тяжелейшей травмы.

Я после учебы в Курганском НИИ травматологии активно осваивал методику чрескостного остеосинтеза с помощью аппарата Илизарова и уже уверенно оперировал не только переломы, но и врожденные дефекты костей. Желая помочь человеку улучшить качество жизни, я предложил ему в плановом порядке удлинить ногу, но получил отказ без каких-либо серьезных объяснений. Мне кажется, пациент просто боялся да и, видимо, привык к своему состоянию за многие годы.

Но... Еще не пройдя до конца курс реабилитации после травмы голеностопного сустава наш фотограф снова попал ко мне в палату. Все случилось так: выходил из автобуса и сломал именно ту короткую ногу и именно в том самом месте, где предполагалась плановая остеотомия кости для ее удлинения (на границе средней и нижней трети голени).

Четко соблюдая методику оперативного лечения и послеоперационной дистракции, удалось тогда нарастить кость приблизительно на четыре сантиметра. Все в итоге закончилось благополучно, и пациент неожиданно-негаданно «обрел» две совершенно одинаковые по длине ноги. Вот как бывает.

Не было бы счастья, да несчастье помогло.

Литературная запись А.А. Любченко-мл.



MEDSINTES
group

С ДНЕМ
МЕДИЦИНСКОГО
РАБОТНИКА!

MEDSINTES.RU