



БСМП

КОРПОРАТИВНОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

НАША РАБОТА – СПАСАТЬ ЖИЗНИ



Янин Вадим Николаевич:

**В ПЛАНАХ БУДУЩЕГО ГОДА – ПРОДОЛЖИТЬ ВСЕ
ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ ОТРАСЛИ.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КРАЯ ОСТАЕТСЯ
ВАЖНЕЙШЕЙ ЗАДАЧЕЙ И НА ПЕРСПЕКТИВУ.**

стр. 19

**ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

стр. 23

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНОТРОПНЫХ
И ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

стр. 28

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ СЕДАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ANACONDA
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ**

поздравления



В.Н. Янин

Министр здравоохранения Красноярского края

Дорогие друзья!

Примите искренние поздравления с наступающим Новым годом и Рождеством! По добрым традициям Новый год мы встречаем в кругу семьи и друзей, подводим итоги, строим планы и стараемся заглянуть в будущее.

В уходящем году в отрасли было сделано многое. Свой значимый вклад в оказание медицинской помощи жителям края внесла больница скорой медицинской помощи. В БСМП трудится высокопрофессиональный коллектив, который не останавливается на достигнутом. Отрадно, что молодые специалисты, недавно пришедшие работать в больницу, продолжают традиции старшего поколения врачей, осваивают и внедряют современные технологии. Так, в этом году молодыми врачами были прооперированы 11 пациентов с применением высокотехнологичной методики тромбэкстракции, которую рекомендует мировое экспертное сообщество. БСМП продолжает развиваться. Большие надежды в связи с этим мы возлагаем на открытие нового хирургического корпуса – наши пациенты будут получать качественную медицинскую помощь на более высоком уровне, с использованием сложного оборудования, а значит, еще больше расширится спектр современных технологий для лечения больных.

Хочу выразить искреннюю благодарность всем, кто работал в этом году на благо красноярского здравоохранения! В 2017-м перед нами стоят масштабные задачи. Уверен, что трудолюбие и профессионализм врачей, медсестер, младшего медперсонала, их ответственность, целеустремленность помогут не только закрепить достигнутые результаты, но и добиться новых успехов. От всей души желаю вам и вашим близким крепкого сибирского здоровья, добра, благополучия!



С.В. Козаченко

*директор ТФОМС
Красноярского края*

*Уважаемые медицинские
работники!*

От имени Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края и от себя лично поздравляю Вас с наступающим Новым годом!

2016 год стал плодотворным и результативным в вопросах повышения качества оказываемой медицинской помощи. И в 2017-м нас ждут новые проекты и планы по формированию пациентоориентированной модели здравоохранения.

Желаю крепкого здоровья, стабильности в жизни, взаимопонимания с коллегами и пациентами, удачи и исполнения всех желаний. Чтобы в новом году работа приносила только радость и удовольствие от достигнутых результатов. Пусть в жизни Вас окружают искренние отношения и верная дружба!

— *поздравления* —



А.В. Подкорытов

*председатель ассоциации «Красноярская
медицинская палата»,
начальник КГБУЗ «Красноярский краевой
госпиталь для ветеранов войн»*

Уважаемые коллеги!

Мы с Вами на пороге нового 2017 года. Скоро под бой курантов мы перешагнем в будущее, оставив 2016-й за порогом.

В эти предпраздничные дни мы с надеждой смотрим в будущее, вспоминая все доброе, что произошло в прошлом. Пусть в 2017 году осуществятся все задуманное, реализуются новые интересные проекты, позволяющие работать на самом современном инновационном уровне, получают всеобщее признание новации в системе саморегулирования здравоохранения. Пусть коллеги, друзья радуют Вас своим пониманием и поддержкой, надежным плечом, верной рукой!

В новогоднюю ночь мы всегда стараемся быть вместе с родными, любимыми, близкими и дорогими нам людьми. Мы внимательны к родителям, охотно делим радость с друзьями, желаем счастья детям. Пусть это будет не только в новогоднюю ночь, пусть это будет всегда!

Пусть Новый год принесет в каждый дом, в каждую семью любовь и счастье, подарит всем нам радость жизни, мир и благополучие!

С праздником!



В.А. Фокин

*депутат Законодательного собрания Красноярского
края, главный врач КГБУЗ «КМКБ № 20
им. И.С. Берзона»*

Уважаемый Аркадий Борисович, специалисты КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» и коллеги – читатели журнала, примите самые искренние поздравления с наступающим Новым годом!

Подходит к концу еще один трудовой год. Год круглосуточной вахты служения пациентам, которые верят в высокий профессионализм специалистов, опыт медицинских работников, их чуткость и доброту. В наше время, когда медицина уже немыслима без компьютеризованной техники и сложнейшего диагностического оборудования, решающая роль в исцелении пациентов все так же, как и много лет назад, принадлежит медикам – людям беззаветной преданности делу. Вы на передовом рубеже охраны и восстановления здоровья жителей города и края.

Дорогие мои коллеги! От всей души поздравляю вас с Новым годом! Хочу пожелать вашей дружной медицинской команде удачных проектов и благодарных пациентов!

Желаю в будущем году невозмутимо, упорно и бесстрашно двигаться к профессиональной цели, ловко и искусно преодолевать любые преграды на пути. Желаю море энтузиазма и энергии для выполнения поставленных задач. Пускай у каждого в семье царит мир и взаимопонимание. Пусть поддержка и любовь близких согреют вас в трудную минуту. Верьте в чудеса, и пусть они обязательно сбываются, какими бы безумными и нереальными они на первый взгляд ни казались. С Новым годом вас! И пусть будущий год будет таким же позитивным и радостным, как его встреча.

— *поздравления* —



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

*Уважаемые коллеги,
от всей души поздравляю вас
с Новым годом!*

Каждый Новый год – это новый рубеж. Миновать его – значит смочь подвести итоги, осмыслить пройденное и после этого, обратив и хорошее, и дурное в положительную силу, вновь устремиться в будущее, к новым пределам. В этом путешествии не обойтись без тех, кто сможет поддержать нас в тяжелую минуту. Поэтому я хочу пожелать коллективу больницы самого главного – здоровья вашим пациентам, вам и вашим близким!

Здоровье – это наша работа. Именно преданность своему делу связывает медицинский университет и БСМП давней и крепкой дружбой. Именно эта дружба является залогом нашего эффективного сотрудничества. В частности, у вас, на базе клинической больницы, студенты становятся настоящими врачами. Мы, в свою очередь, всегда рады предоставить возможность медицинским работникам БСМП пройти повышение квалификации в стенах нашего университета. Взаимный обмен опытом и знаниями – вот что может справедливо зваться основой профессионализма.

Я искренне желаю вам энтузиазма, бодрости и удачи!
С Новым годом!



А.Б. Коган
Главный врач

*Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!*

Много лет мы с вами работаем в сложных условиях больницы скорой медицинской помощи в режиме 24/7/365. Хорошо или не совсем, получается или не очень, но мы всегда стараемся сделать все возможное, чтобы помочь людям! И мы спасаем их! Вы делаете это, несмотря порой на отсутствие возможностей, ограничения и претензии, потому что вы – из тех, кто решил для себя, что готов на это.

2016 (високосный) год был сложным. Как для всех, так и для большинства в отдельности. Мы его пережили, мы с ним справились. А кому-то этот год дал новые возможности – кто-то создал семью, у кого-то появились дети, кто-то получил дополнительную квалификацию или подтвердил право заниматься любимой профессией. И это – хорошо!

Я желаю каждому из вас – работникам больницы скорой медицинской помощи, работникам здравоохранения: пусть все у вас складывается так, как вы сами запланировали, о чем мечтали. Живите, стремитесь и создайте, работайте для наших пациентов! Они очень на нас надеются и очень от нас зависят! Давайте сделаем так, чтобы пациенты были уверены, что обращаясь в больницу, их участливо встретят и надлежаще окажут им необходимую медицинскую помощь! В новом году я вам желаю всего самого доброго! Будьте здоровы и счастливы, создавайте семьи, будьте профессионалами в работе – оказывайте медицинскую помощь так, чтобы пациенты были довольны тем, что им помогли именно вы и что теперь они верят в профессионалов своего дела, в хороших людей и в светлое будущее! Это зависит от нашей ежедневной слаженной работы! С Новым годом!

— знаменательные даты —

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

Хомченко Евгению Ивановну,
врача-невролога приемного отделения

Горбунову Веру Михайловну,
архивариуса

Пашенко Нину Григорьевну,
врача-рентгенолога рентгенологического отделения

Фролову Валентину Иосифовну,
гардеробщица

Тараминю Зою Анатольевну,
врача отделения функциональной диагностики

Носкову Лилию Никитичну,
гардеробщица

Каширину Галину Павловну,
сестру-хозяйку нейрохирургического отделения

Селезневу Нину Владиславовну,
гардеробщица

Нечепуренко Галину Ивановну,
врача-кардиолога кардиологического отделения

Якименко Римму Владимировну,
лифтера

Шепелевича Виктора Анатольевича,
врача-невролога приемного отделения

Степанову Тамару Алексеевну,
гардеробщица

Турову Анну Иосифовну,
заведующую приемным отделением

Денисову Любовь Петровну,
уборщика служебных помещений

Олешкову Веру Александровну,
медицинскую сестру 3-го инфекционного отделения

Иванову Светлану Сергеевну,
санитарку аптеки

Картавых Валентину Ивановну,
сестру-хозяйку 3-го инфекционного отделения

Ковалеву Ольгу Петровну,
буфетчицу-раздатчицу пульмонологического отделения

Фомичеву Марию Григорьевну,
медицинскую сестру приемного отделения

Кузнецову Татьяну Дмитриевну,
сестру-хозяйку 2-го инфекционного отделения

Дмитракову Елену Алексеевну,
фасовщика аптеки

Сергееву Любовь Егоровну,
буфетчицу-раздатчицу отделения сосудистой хирургии

Гусеву Галину Афанасьевну,
уборщика служебных помещений отделения лучевой диагностики № 2

Мещерякову Веру Ильиничну,
медицинского лабораторного техника клинко-диагностической лаборатории

Килих Валентину Александровну,
дежурную общежития

Бикмухометову Нурзиду Мухаматиновну,
старшую медицинскую сестру отделения переливания крови

Бешляга Светлану Григорьевну,
медицинскую сестру 1-го инфекционного отделения

Первушкину Наталью Григорьевну,
старшую медицинскую сестру 3-го инфекционного отделения

Стрельцову Елену Алексеевну,
медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Рядчикову Светлану Владимировну,
медицинскую сестру 2-го хирургического отделения

Гурину Марину Сергеевну,
медицинскую сестру приемного покоя 1-го инфекционного отделения

— знаменательные даты —

Криштопа Алексея Георгиевича,

врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Беляцкую Антонину Ивановну,

медицинскую сестру нейрохирургического отделения

Горбачеву Любовь Михайловну,

медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Фадееву Татьяну Алексеевну,

медицинского регистратора кабинета учета и медицинской статистики организационно-аналитического отдела

Бобрикова Александра Юрьевича,

врача-нейрохирурга нейрохирургического отделения

Кагайкину Ларису Владимировну,

фармацевта аптеки

Лабковскую Нину Геннадьевну,

медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Новик Елену Александровну,

фармацевта аптеки

Беляеву Ирину Владимировну,

уборщицу отделения ультразвуковой диагностики

Коган Марину Владимировну,

заведующую отделением ультразвуковой диагностики

Огурцову Жанну Михайловну,

медицинского лабораторного техника патологоанатомического отделения

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

Ромасько Юрия Ивановича,

ведущего инженера-электроника отделения лучевой диагностики № 2

Горлевскую Марию Егоровну,

дежурную общежития

Иванову Лидию Макаровну,

гардеробщика приемного отделения

Баулину Наталью Ивановну,

младшую медицинскую сестру по уходу за больными палаты реанимации и интенсивной терапии 1-го инфекционного отделения

Богатыреву Зинаиду Андреевну,

кухонного работника пищеблока

Скрипникову Елену Евгеньевну,

врача-психиатра отделения для больных с острыми отравлениями

Симановского Юрия Гавриловича,

врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации и интенсивной терапии № 1

Приживую Валентину Николаевну,

медицинскую сестру 1-го инфекционного отделения

Турока Владимира Андреевича,

ведущего инженера-электроника технического отдела

Смородину Светлану Афанасьевну,

сторожа

Новикову Любовь Владимировну,

лифтера

Кукушкина Владимира Геннадьевича,

врача-статистика кабинета учета и медицинской статистики организационно-аналитического отдела

Борисевич Марию Алексеевну,

заведующую общежитием

Гобову Веру Федоровну,

врача-офтальмолога нейрохирургического отделения

Демикову Надежду Геннадьевну,

буфетчицу-раздатчицу гинекологического отделения

Пушкарева Александра Денисовича,

начальник технического отдела

Данилову Валентину Федоровну,

медицинскую сестру операционного блока

— знаменательные даты —

Кулакову Марину Эдуардовну,
медицинского дезинфектора

Пархоменко Олега Анатольевича,
врача травматолога-ортопеда 1-го травматологического отделения

Кузьмичеву Ирину Юрьевну,
буфетчицу-раздатчицу нефрологического отделения

Лапоногову Светлану Григорьевну,
буфетчицу-раздатчицу эндокринологического отделения

Евсюкову Людмилу Викторовну,
медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии № 2

Цитович Галину Анатольевну,
маляра

Набиева Мехти Сабировича,
заместителя главного врача по хозяйственным вопросам

Кузину Наталью Юрьевну,
старшую медицинскую сестру отделения лучевой диагностики № 2

Семенихину Валентину Ивановну,
повара пищеблока

Тафимцеву Ольгу Валентиновну,
сестру-хозяйку 3-го инфекционного отделения

Ершову Анну Ивановну,
медицинскую сестру физиотерапевтического отделения

Хитаришвили Нанули Семеновну,
медицинскую сестру 2-го инфекционного отделения

Акиянову Ирину Михайловну,
ведущего бухгалтера бухгалтерии

Патачакову Ирину Ивановну,
медицинскую сестру 1-го хирургического отделения

Тюлейкину Надежду Николаевну,
медицинскую сестру 2-го инфекционного отделения

Салтыкову Регину Викторовну,
главного бухгалтера

Лебедева Михаила Леонидовича,
врача-токсиколога отделения для больных с острыми отравлениями

Терехову Светлану Анатольевну,
санитарку отделения сосудистой хирургии

Светлова Евгения Анатольевича,
заведующего кардиологическим отделением

Кушнareву Светлану Николаевну,
уборщика служебных помещений отдела профилактической дезинфекции

Шевчук Марию Анатольевну,
медицинскую сестру приемного покоя 1-го инфекционного отделения

Сат Марину Дыртый-ооловну,
санитарку 2-го инфекционного 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. Зими́на
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

	стр. 10
	новости
	стр. 14
актуальное интервью	
ИТОГИ ГОДА.	
ТОЧКИ РОСТА ДЛЯ КРАСНОЯРСКОЙ МЕДИЦИНЫ	
	стр. 16
наука и практика	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА» ЗА 3 ГОДА	
	стр. 19
наука и практика	
ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	
	стр. 23
наука и практика	
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНОТРОПНЫХ И ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
	стр. 28
наука и практика	
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ СЕДАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ANACONDA У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ	
	стр. 29
наука и практика	
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	
	стр. 33
наука и практика	
СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ИВЛ BELLAVISTA В СОЧЕТАНИИ С ЗАКРЫТОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ	
	стр. 36
наука и практика	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
	стр. 40
наука и практика	
АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА, ПРОВЕДЕННОГО КГБУЗ «КССМП» В 2013-2016 ГГ.	
	стр. 44
из истории одного отделения	
ИСТОРИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
	стр. 48
золотой фонд БСМП	
ПЕРВАЯ ЗАВЕДУЮЩАЯ	
	стр. 50
золотой фонд БСМП	
ПРОФЕССИЯ – СУДЬБА	
	стр. 54
от всей души	
СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ	
	стр. 58
случай из практики	
МУЖСКАЯ БАСНЯ	

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. 89080261990

Печать:
ООО «Ситалл»
660074, г. Красноярск,
ул. Борисова, 14
Тираж 999 экз.
Декабрь 2016 г.

За содержание рекламных
материалов редакция
ответственности не несет.

новости

О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА



Надлежащее качество медицинской помощи невозможно обеспечить без квалифицированной работы среднего медицинского персонала, а также рационального использования потенциала медицинских сестер.



Перспективной моделью повышения квалификации медицинских сестер является обучение на выездных циклах, проводимых образовательными учреждениями по заявке медицинской организации и на ее базе. Впервые с 10 октября по 11 ноября 2016 года такой цикл прошел в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича». Обучение проводилось по теме «Современные аспекты сестринского дела в анестезиологии и реаниматологии». После успешной сдачи трехэтапного экзамена 25 медицинских сестер КМКБСМП получили сертификаты специалиста сестринского дела по этой сложной специальности. Огромное спасибо преподавателям за теоретические знания и докторам, которые нашли возможность и время для проведения практических занятий!

XV СЪЕЗД АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

С 17 по 20 сентября в Москве проходил XV Съезд анестезиологов и реаниматологов России. В работе съезда приняли участие 2549 анестезиологов-реаниматологов нашей страны, в том числе врачи КМКБСМП им. Н.С. Карповича А.А. Любченко, Г.В. Грицан, И.Б. Червяков, П.Н. Власов, О.Ю. Корольков, М.В. Луценко, Ю.В. Омылова.

Ключевой вопрос, рассмотренный на съезде, касался проблем организации службы. Он звучал так: «Оптимизации управления ресурсами и качеством в анестезиологии и реаниматологии». Речь шла не только о финансировании работы врачей, но и о различных аспектах, влияющих на эффективность, качество и своевременность предоставляемой помощи пациентам, нуждающимся в анестезиологической поддержке, находящимся в критическом состоянии или имеющим угрозу его развития.

Врач отделения анестезиологии-реанимации О.Ю. Корольков представил на съезде сообщение об опыте применения Сугтамадекса в реверсии нейромышечного блока обусловленного пипекуронием бромидом.



Были также рассмотрены и полностью реализованы научно-практическая и общеобразовательная программы. Последняя является значимой в медицинском и в общественно-социальном плане.

Разработка конкретных предложений, позволяющих рассчитывать на улучшение результатов деятель-



новости

ности службы анестезиологии-реаниматологии, утверждение новых клинических рекомендаций являются важным результатом работы съезда.

Результаты поездки делегации анестезиологов-реаниматологов БСМП на XV Съезд анестезиологов и реаниматологов РФ были обсуждены на врачебной конференции больницы.

РЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ – 2016».

В КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» 16 ноября проходил первый день региональной конференции «Информатизация здравоохранения Красноярского края – 2016».



На конференции присутствовали главные врачи и начальники информационных отделов учреждений здравоохранения. Участники конференции обсуждали новые региональные системы информатизации в здравоохранении, в том числе такие проекты, как «Система плановой госпитализации», «Интегрированная электронная медицинская карта», «Электронный рецепт».

Заместитель министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попов отметил: «Слаженная работа медицинского и IT-сообществ позволяет добиваться высоких результатов в информатизации. Сегодня Красноярский край – один из регионов-лидеров по уровню информатизации здравоохранения. Прогресс современной медицины в значительной степени обеспечивают IT-технологии, которые становятся привычны и врачам, и пациентам».



Директор ТФОМС Красноярского края С.В. Козаченко в ходе конференции резюмировал: «Развитие информационных технологий открывает новые перспективы для совершенствования системы здравоохранения. Сегодня актуален диалог, который приведет к целостному, объединяющему врачей, организаторов здравоохранения и IT-специалистов представлению о результате, к которому надо идти. В крае созданы базовые компоненты единого информационного пространства системы здравоохранения и ОМС. И хочется верить, что каждый менеджер здравоохранения осознает важность развития данного направления. Единое информационное пространство – не только эффективное средство общения для лечащих врачей, но и метод регистрации проблем; оно позволяет обеспечивать интеллектуальную поддержку работы врача и регулярно оценивать деятельность всех участников лечебно-диагностического процесса, что создает основу для принятия эффективных управленческих решений. Информатизация на всех уровнях управления здравоохранением и внедрение новых медицинских компьютерных технологий, повышающих качество лечебно-профилактической помощи, в конечном итоге способствуют реализации основных функций – охраны здоровья застрахованных и увеличения продолжительности активной жизни».

За активное участие в информатизации здравоохранения и внедрение современных информационных технологий в учреждениях здра-



новости

воохранения на конференции были награждены специалисты и IT-отделы медицинских организаций. Благодарственным письмом министра здравоохранения Красноярского края В.Н. Янина «За успешное внедрение современных информационных технологий и развитие медицинских информационных систем» был отмечен коллектив отдела информационных технологий КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», руководимый Д.Л. Набиевым.

XII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

24 и 25 ноября в Москве, в здании Президиума РАН, состоялся XII конгресс Российского артрoскопического общества.

С программным докладом на открытии конгресса выступил академик РАН, главный внештатный специалист, травматолог-ортопед МЗ РФ, президент АТОР и РАО, профессор С.П. Миронов. С докладом «20 лет становления Российского артрoскопического общества» выступил профессор Н.Г. Гончаров. В лекциях, научных заседаниях конгресса, в дискуссиях и в видеотрансляциях из операционных приняли участие ведущие российские и зарубежные профессора и специалисты: А.К. Орлецкий, А.К. Кузнецов, Ф.Л. Лазко, А.В. Королев, Г.Д. Лазишвили, В. Орлянский, Ф. Кампи, К.П. Бенедетто, М. Рам, Д. Гоебел и другие. Обсуждены достижения артрoскопической хирургии и дальнейшие перспективы лечения патологии коленного, тазобедренного, плечевого, голеностопного, локтевого и лучезапястных суставов. Отдельные секции были посвящены проблемам регенерации суставного хряща и новым технологиям в артрoскопической хирургии. В работе конгресса по приглашению оргкомитета принял участие заведующий 2-м травматологическим отделением БСМП В.И. Брюханов, который является пионером современной артрoскопической хирургии Красноярского края и участником первого конгресса РАО.

За заслуги по созданию Российского артрoскопического общества и развитию артрoскопического хирургии в России Владимир Иннокентьевич Брюханов был награжден дипломом Почетного члена РАО.

В заключение председатель исполкома АТОР проф. Н.Г. Гончаров информировал о решении Министерства здравоохранения РФ провести форум травматологов-ортопедов Сибири и Дальнего Востока в ноябре 2017 года в Красноярске.

КРУГЛЫЙ СТОЛ НА ТЕМУ: «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ»

Обсуждение современных технологий дезинфекции и стерилизации.



Для старших медицинских сестер хирургических отделений КМКБСМП при участии представителей Красноярского краевого госпиталя ветеранов войн и специалистов Новосибирского учебного центра 24 октября состоялся круглый стол на тему «Современные технологии в дезинфекции и стерилизации». Выбор темы для обсуждения был не случайным: новые технологии динамично развиваются и в сестринском деле, а для КМКБСМП обсуждение проблем дезинфекции и стерилизации в преддверии ввода в эксплуатацию нового хирургического корпуса особенно актуально.



ВИЗИТ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОМИТЕТА FISU

В июле Красноярск с контрольным визитом посетила делегация Международной федерации студенческого спорта (FISU), члены которой оценивали динамику подготовки объектов к универсиаде.



Большой блок работы делегации был связан с вопросами медицинского сопровождения. Председатель Международного медицинского комитета FISU Душан Хамар побывал в Красноярской больнице скорой медицинской помощи, где ведется строительство хирургического корпуса.



Как отметил во время визита г-н Хамар, «радует то, что существует специальный план по обеспечению оборудованием и медицинским персоналом, который будет работать в различных отделениях больницы, таким образом, появится объект, который будет отвечать всем требованиям. Здесь будут решаться две задачи: медицинская помощь жителям региона, города Красноярск и медицинская помощь тем атлетам и их сопровождающим, которые приедут на соревнования». В ходе визита было отмечено, что работы ведутся с опережением графика. Планируется, что новый хирургический корпус начнет работу уже летом 2017 года.

После обсуждения строительства хирургического корпуса представитель Международной федерации студенческого спорта провел образовательный семинар, в котором приняли участие специалисты министерства здравоохранения Красноярского края, сотрудники БСМП, Краевой клинической больницы и других медицинских учреждений региона.

— актуальное интервью —

ИТОГИ ГОДА. ТОЧКИ РОСТА ДЛЯ КРАСНОЯРСКОЙ МЕДИЦИНЫ



Вадим Николаевич Ярин,
*министр здравоохранения
Красноярского края*

Завершается 2016-й, и традиционно в эти дни мы подводим итоги уходящего года. Сегодня о значимых событиях в отрасли рассказывает министр здравоохранения Красноярского края Вадим Ярин:

— В числе позитивных тенденций уходящего года — сохранение естественного прироста населения, увеличение средней продолжительности жизни. С 2014-го показатель младенческой смертности в крае снизился более чем на 25%, удалось снизить и показатель материнской смертности. Таких результатов мы достигли благодаря слаженной работе служб родовспоможения, детства, причем на всех уровнях, внедрению современных перинатальных технологий, своевременной медицинской эвакуации женщин и детей в межрайонные центры и краевые клиники. Основной задачей этого года является ввод в эксплуатацию перинатального центра в Ачинске и обеспечение его подготовленными кадрами.

Отмечу, что краевые учреждения здравоохранения стали проводить высокотехнологичные уникальные операции — осенью в краевой больнице успешно прошли первые трансплантации сердца и печени. Это значимое достижение всего красноярского здравоохранения.

В августе завершились работы по созданию инвазивных центров в Ачинске и Канске, сотрудники уже перешли на круглосуточный режим работы и начали проводить стентирование при инфаркте миокарда. Теперь высокотехнологичная помощь будет максимально приближена к сельским районам восточной и западной зоны. Мы действительно достигли видимых результатов, усиленно работая над снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в крае. За счет ввода сосудистых центров, а с 2012 года создано 12 таких центров, выросли объемы экстренных методов ВМП. В 2016 году таким способом спасено более 3 500 тысяч человек, летальность за текущий год при остром инфаркте миокарда составила 10,4%, при среднем показателе в РФ 15,8%. Для эффективной работы центров подключены возможности телемедицины, позволяющей круглосуточно консультировать больных, результаты их исследований, включая компьютерные томографы в центрах более высокого уровня. И здесь хотелось бы отметить вклад специалистов вашей больницы в нашу общую работу.

— актуальное интервью —

В БСМП прошедшем году внедрен новый метод лечения пациентов с ишемическим инсультом – тромбозэкстракция. Методика тромбозэкстракции, как и системный тромболизис, рекомендована мировым экспертным сообществом как наиболее эффективная при лечении ишемического инсульта. В Красноярском крае в 2016 году с применением этой высокотехнологичной методики прооперировано 22 пациента (по 11 в БСМП и ККБ№1). Следует отметить, что методика тромбозэкстракции в России применяется лишь в незначительном числе региональных сосудистых центров. Первичный сосудистый центр больницы скорой помощи эффективно работает на снижение летальности от сердечно-сосудистых заболеваний. Комплекс мероприятий, проводимых в рамках национальной программы, позволил снизить госпитальную летальность от острого инфаркта миокарда за прошедшие пять лет в три раза. Введение в эксплуатацию нового приемно-диагностического корпуса позволит продолжить эту положительную динамику.

Особое внимание уделяется сегодня учреждениям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению в амбулаторных условиях и программе повышения качества и эффективности работы женской консультации. Вопросы по повышению доступности и качества работы первичной сети – на контроле у губернатора Красноярского края. В течение всего года проводилась работа по внедрению единых требований к организации работы поликлиник на всей территории края. Это контакт-центры, доврачебные кабинеты, дежурные службы по неотложной помощи и обслуживанию вызовов, патронажная служба, расширение самостоятельных компетенций среднего медицинского персонала, укрепление института врача участковой службы, общей (семейной практики), создание консультативно-диагностических отделений (центров). За это время укомплектованность в первичном звене участковыми педиатрами и участковыми терапевтами увеличилась на 3% и составляет, соответственно, 86 и 80%.

Еще одна задача – перенастройка системы профилактики в крае, в том числе включающая в себя и

мероприятия по созданию нового облика службы. К реализации профилактических мероприятий и ЗОЖ активно привлекаются волонтеры, студенты медицинского университета. В поликлиниках края пересмотрены подходы к диспансеризации населения с акцентом на ее качество и дальнейшее активное динамическое наблюдение.

Хочу отметить, что, несмотря на достаточно сложную экономическую ситуацию, краевое здравоохранение сохранило свою инвестиционную составляющую. В 2016 году введена в эксплуатацию новая поликлиника Красноярского краевого клинического онкологического диспансера, открылась новая поликлиника в Курагино. Завершается строительство перинатального центра в Ачинске. Продолжается реконструкция Богучанской районной больницы, идет строительство и на объектах универсиады. Что особенно приятно, в их числе и клиническая больница скорой медицинской помощи имени Карповича. До конца года в селах откроется 20 фельдшерско-акушерских пунктов.

Продолжается работа по внедрению информационных систем в медицинских учреждениях. С 1 октября 2016 года на портале госуслуг в тестовом режиме запущен проект «Личный кабинет здоровья» (www.web-pasient.ru). Это новация будет интересна и полезна как пациентам, так медицинским работникам. В дальнейшем к сервису планируется подключить все лечебные учреждения края, и даже частные клиники.

В планах будущего года – продолжить все приоритетные программы отрасли. Совершенствование системы организации медицинской помощи населению края остается важнейшей задачей и на перспективу. Будут вестись все основные медицинские стройки, реализовываться программа «Земский доктор» и работа по укреплению первичной сети, обеспечиваться программы по лекарственному обеспечению граждан. Напомню, что консолидированный бюджет отрасли в 2017 году составит около 58 млрд рублей.

В планах будущего года – продолжить все приоритетные программы отрасли. Совершенствование системы организации медицинской помощи населению края остается важнейшей задачей и на перспективу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ КГБУЗ «КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА» ЗА 3 ГОДА



Д.Э. Здзитовецкий

АВТОРЫ

**Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов,
Е.С. Говоруха, О.В. Коваленко,
А.Е. Кузнецов, М.Т. Микаиллы**

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

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Острая кишечная непроходимость – одно из наиболее грозных заболеваний, встречающихся в ургентной абдоминальной хирургии [1,2,5]. На долю этой патологии приходится около 5% от общего числа больных общехирургического профиля. В то же время по частоте послеоперационной летальности кишечная непроходимость занимает одно из ведущих мест среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [3,4].

Цель: Оценка результатов хирургического лечения больных с различными видами механической кишечной непроходимости по данным КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» за 2013-2015 гг.

Задачи исследования:

1. Определить основные причины механической кишечной непроходимости.
2. Выявить гендерную и возрастную структуру больных с данной патологией.
3. Определить структуру операций и продолжительность стационарного лечения.
4. Оценить летальность при различных видах механической кишечной непроходимости.

Материалы и методы исследования:

- Ретроспективный анализ результатов лечения 296 больных с механической кишечной непроходимостью, которые находились на лечении в КМКБСМП им. Н.С. Карповича в 2013-2015 гг.

- Методы вариационной статистики.

В своей работе мы использовали общепринятую классификацию кишечной непроходимости.

Основными критериями включения в исследование были:

- Механический характер кишечной непроходимости.
- Хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию непроходимости.

Результаты: За 3 года в двух отделениях общехирургического профиля находились на лечении 296 больных с механической кишечной непроходимостью, из которых 122 (41,2%) – мужчины и 174 (58,8%) – женщины.

У подавляющего большинства больных [283/296 (95,6%)] встречались две основные нозологические формы острой кишечной непроходимости (рис. 1): острая спаечная тонкокишечная непроходимость (174 больных) и декомпенсированная обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевого генеза (109 больных).

науча и практика



Рис. 1.

Причины механической кишечной непроходимости

У оставшихся 13 (4,4%) больных механическими причинами острой кишечной непроходимости были:

- желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость (2 больных);
- инородное тело тонкой кишки (3 больных);
- лимфосаркома тонкой кишки (1 больной);
- псевдоопухолевая форма неспецифического язвенного колита (2 больных);
- канцероматоз брюшной полости при локализации первичной опухоли в желудке, матке или яичнике (5 больных).

Таблица 1

Характеристика больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013-2015 гг.	
<i>Всего больных</i>	<i>50</i>	<i>53</i>	<i>71</i>	<i>174</i>	
Пол					
<i>Мужчины</i>	<i>23</i>	<i>23</i>	<i>28</i>	<i>74</i>	<i>42,5%</i>
<i>Женщины</i>	<i>27</i>	<i>30</i>	<i>43</i>	<i>100</i>	<i>57,5%</i>
Возраст, лет					
<i>до 20</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>7</i>	<i>54,0%</i>
<i>21-30</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>9</i>	<i>21</i>	
<i>31-40</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>15</i>	
<i>41-50</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>11</i>	<i>24</i>	
<i>51-60</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>12</i>	<i>27</i>	
<i>более 60</i>	<i>20</i>	<i>29</i>	<i>31</i>	<i>80</i>	
Койко-день					
<i>до 5</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>11</i>	<i>78,2%</i>
<i>от 6 до 10</i>	<i>10</i>	<i>14</i>	<i>14</i>	<i>38</i>	
<i>от 11 до 15</i>	<i>28</i>	<i>28</i>	<i>31</i>	<i>87</i>	
<i>от 16 до 20</i>	<i>4</i>	<i>6</i>	<i>14</i>	<i>24</i>	
<i>от 21 до 30</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>12</i>	
<i>более 30</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	

Из всех больных за 3 года 58,8% (174/296) пришлось на острую спаечную тонкокишечную непроходимость (табл. 1). При этом в 2015 году таких больных было на одну треть больше, чем в предыдущие 2 года. Из 174 больных было 100 женщин и 74 мужчины. 54,0% больных были возрасте до 60 лет. 136 больных (78,2%) находились на лечении в стационаре до 15 дней.

Хирургическое лечение всех больных проводилось по общепринятым стандартам: экстренное оперативное лечение только при наличии клинических проявлений перитонита у 22 (12,6%) больных, в остальных 152 (87,4%) случаях – оперативное вмешательство по срочным показаниям при неэффективности консервативной терапии и сохраняющейся клинико-рентгенологической картине кишечной непроходимости, в сроки от 6 до 20 часов с момента поступления в стационар.

У 20 (11,5%) больных течение заболевания осложнилось некрозом участка тонкой кишки различной протяженности, что потребовало выполнения резекции тонкой кишки. При анализе нами установлено, что причинами некроза кишки у этих больных были: поздняя обращаемость за медицинской помощью (15 больных) и различные дефекты при оказании медицинской помощи уже в хирургическом стационаре, следствием которых явилась необоснованная пролонгация консервативных мероприятий (5 больных).

Таблица 2

Характеристика больных с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013-2015 гг.	
Всего больных	22	39	48	109	
Пол					
Мужчины	9	17	16	42	38,5%
Женщины	13	22	32	67	61,5%
Возраст, лет					
до 20	0	0	0	0	
21-30	1	1	0	2	
31-40	0	0	2	2	
41-50	2	2	3	7	
51-60	2	6	7	15	
более 60	17	30	36	83	76,1%
Койко-день					
до 5	0	5	4	9	67,0%
от 6 до 10	2	2	0	4	
от 11 до 15	2	11	10	23	
от 16 до 20	10	10	17	37	
от 21 до 30	7	6	12	25	
более 30	1	5	5	11	

— наука и практика —

Общая летальность при спаечной кишечной непроходимости за 3 года составила 7,5% (13/174 больных), от 8,0% (4/50) в 2013 году до 7,0% (5/71) в 2015 году.

На втором месте по частоте встречаемости среди причин механической кишечной непроходимости – злокачественные новообразования различных отделов толстой кишки. За 3 года таких больных было 109, из которых 42 мужчины и 67 женщин (табл. 2). В отличие от спаечной кишечной непроходимости при декомпенсированной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза преобладали больные в возрасте старше 60 лет: таких больных было 83, что составило 76,1%.

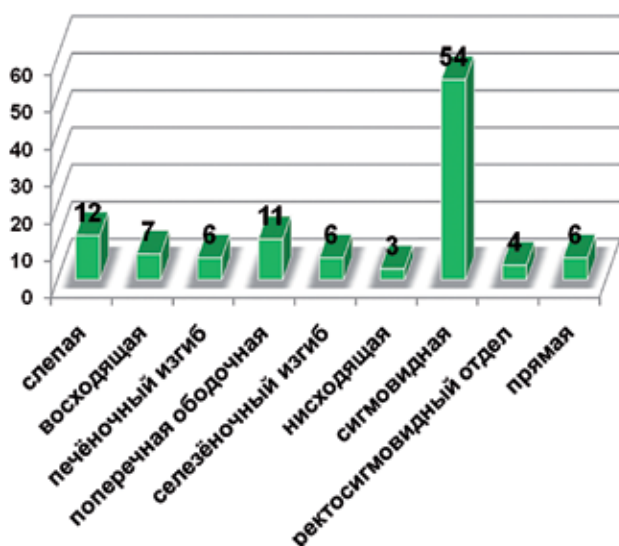
Согласно данным, представленным на рисунке 2, у 73 (67,0%) больных опухоль локализовалась в левой половине толстой кишки, а у 54 (49,5%) больных – в сигмовидной ободочной кишке.

У всех больных операции были выполнены в течение первых 2-х суток с момента поступления в стационар, у 9 из них (8,3%) – в экстренном порядке в связи с наличием признаков перитонита. У 85 больных (78,0%) были выполнены резекции толстой кишки с опухолью, включая санационные резекции при наличии отдаленных метастазов (у 7 больных). У остальных 24 больных (22,0%) с IV стадией онкопроцесса случай был признан неоперабельным – таким больным выполнялись паллиативные операции: выведение разгрузочной петлевой илео- или колостомы без резекции или наложение обходного илео-трансверзоанастомоза (в 2-х случаях).

Две трети больных находились на лечении в стационаре более 15 дней, а 57% больных – от 16 до 30 дней (табл. 2).

Рис. 2.

Локализации опухолей толстой кишки



Общая госпитальная летальность за 3 года при декомпенсированной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии составила 22,0% (24 больных). При этом отмечается значимое снижение летальности в 2015 году – до 14,6% (7/48), по сравнению с 2013 и 2014 годами, когда она была 22,7% (5/22) и 30,8% (12/39) соответственно.

Выводы:

1. Основными причинами механической кишечной непроходимости остаются спаечная болезнь брюшной полости и злокачественные новообразования ободочной кишки.
2. Чаще болеют женщины.
3. При острой спаечной кишечной непроходимости преобладают больные в возрасте до 60 лет, а при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза – старше 60 лет.
4. Летальность при спаечной кишечной непроходимости за 3 года остается неизменной – на уровне 7,5%, а при толстокишечной непроходимости снизилась с 31 до 15%.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алгоритм и инструментально-технический комплекс для профилактики инфекционных осложнений при острой кишечной непроходимости / С.Г. Измайллов, Е.Е. Лукьянычев, М.Г. Рябков, В.Н. Гараев // *Современные технологии в медицине*. – 2011. – №2. – С. 52–56.
2. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич. – СПб: Издательство «Питер», 1999. – 448 с.
3. Лечебно-диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И.С. Малков, В.Д. Эминов, И.И. Хамзин и др. // *Казанский медицинский журнал*. – 2009. – Том 90. – №2. – С. 193–197.
4. Хирургическое лечение больных метастатическим раком / В.А. Тарасов, Е.С. Побегалов, М.В. Виноградова, Ю.К. Шаров // *Практическая онкология*. – 2005. – Т.6, №2. – С. 92–102.
5. Zbar, Andrew P. *Coloproctology* / Andrew P. Zbar, Steven D Wexner, John S.P. Lumley – New York: Springer, 2010. – p. 140.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



В.А. Бабушкин

АВТОРЫ

В.А. Бабушкин, Е.В. Речкова

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

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

Актуальность: Сахарный диабет представляет собой самую распространенную эндокринологическую патологию, а по числу летальных исходов и инвалидизации населения занимает 3-е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. К сожалению, по данным ВОЗ, число больных сахарным диабетом ежегодно увеличивается несмотря на принимаемые меры (рис. 1).

Рис. 1.

Рост заболеваемости сахарным диабетом



Ранняя инвалидизация, высокая летальность и проводимые мероприятия, направленные на реабилитацию больных, ведут к большим расходам служб здравоохранения во всех странах мира. Лечение сахарного диабета (далее – СД) отличается от лечения многих других заболеваний. Это обусловлено тем, что установление диагноза СД, а следовательно и лечение, начинается не с момента нарушения углеводного обмена, выявляемого только при проведении различных нагрузочных тестов (глюкозотолерантный тест и др.), а лишь при появлении явных клинических признаков диабета, являющихся, в свою очередь, причиной развития сосудистых и других изменений в тканях и органах и приводящих к клиническим признакам этих нарушений.

Так, анализ клинических проявлений СД, выявляемых уже при его манифестации, в основном у взрослой части населения, показывает высокую частоту наличия поздних сосудистых осложнений, развитие которых происходит при длительности нарушений углеводного обмена в течение 5-7 лет. Эти и другие наблюдения поставили под сомнение надежность диагностических критериев СД, ранее рекомендованных как Американской диабетической ассоциацией (АДА, 1979), так и Всемирной организацией здравоохранения

Таблица 1

**Диагностические критерии СД
и других нарушений гликемии
(ВОЗ, 1999–2000)**

Время определения	Концентрация глюкозы (моль/л)	
	цельная капиллярная кровь	веноз- ная плазма
<i>Норма</i>		
<i>Натощак</i>	$< 5,6$	$< 6,1$
<i>Через 2 часа после нагрузки глюкозой</i>	$< 7,8$	$< 7,8$
<i>Сахарный диабет</i>		
<i>Натощак</i>	$\geq 6,1$	$\geq 7,0$
<i>Через 2 часа после нагрузки глюкозой или случайное определение</i>	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$

(ВОЗ, 1980, 1985). На протяжении последних 15 и более лет указанные рекомендации применялись практически во всех странах мира как для диагностики СД в постоянной практической деятельности, так и для проведения эпидемиологических исследований при изучении распространенности СД.

С целью разрешения указанных противоречий АДА в мае 1995 года поручила Международному экспертному комитету провести необходимые исследования и подготовить соответствующие предложения по улучшению диагностики СД и своевременной профилактике его поздних осложнений. В июне 1997 года доклад Международного экспертного комитета был представлен на очередном ежегодном съезде АДА и опубликован в журнале этой ассоциации (Diabetes Care, 1997).

Комитет экспертов ВОЗ после опубликования в 1998 году предварительного доклада и его обсуждения на 34-й ежегодной конференции Европейской Ассоциации по изучению СД (Барселона, сентябрь 1998) полностью согласился с новыми диагностическими критериями СД, предложенными АДА. И в ноябре 1999 года был опубликован научный доклад Комитета экспертов ВОЗ, посвященный вопросам классификации и диагностическим критериям СД (таб. 1).

Определение концентрации глюкозы в крови – одно из наиболее часто выполняемых биохимических исследований в клинко-диагностической лаборатории (далее – КДЛ). Данный тест выполняется как в условиях стационара, так и в поликлиниках. Больные сахарным диабетом вынуждены исследовать уровень глюкозы в крови в домашних условиях, поскольку без этой информации им трудно скорректировать свою диету, физические нагрузки, применение инсулина и других сахар снижающих препаратов. Исключительная важность теста и большие объемы выполняемых исследований стимулировали разработчиков к созданию различных типов приборов и методов определения концентрации глюкозы в крови.

В настоящее время во главу угла ставится вопрос о необходимости измерения уровня глюкозы в плазме, в том числе стандартизация данного варианта измерения. Это связано с рядом причин. Прежде всего это позволит избежать той путаницы и неопределенности, которая существует на сегодняшний день, когда измерение концентрации глюкозы производится как в капиллярной, венозной крови, так и в плазме. Систематическое расхождение между показателями глюкозы в цельной крови и в плазме может достигать более 11%. У людей глюкоза, подобно воде, распределена между эритроцитами и плазмой. Молярность глюкозы (количество на единицу массы воды) одинакова во всем образце. Различные концентрации воды в калибраторе, плазме и жидкости эритроцитов могут объяснить некоторые различия, зависящие от типа образца, методов разведения образца, а также биосенсоров прямого считывания, определяющих молярности. Различные устройства для измерения глюкозы определяют и регистрируют **фундаментально различные аналитические количества**. Различия превышают максимально допустимую ошибку определения глюкозы при диагностике и мониторинге сахарного диабета, что затрудняет лечение. Процент расхождений еще больше возрастает при сравнительных измерениях уровня глюкозы в капиллярной или венозной крови в состоянии после еды.

Другим фактором, существенно ограничивающим измерение глюкозы в цельной крови, является влияние гематокрита. Показано, что **изменение гематокрита на каждые 10% сопровождается изменением показателя измеряемого уровня глюкозы в цельной крови на 2,6%**. Это связано с существенной разницей в концентрации воды в плазме и эритроцитах, что определяет различную степень разведения измеряемой пробы.

— наука и практика —

Для примера рассмотрим образец крови с гематокритом, равным 0.43. Концентрация воды в эритроцитах равна 0.71 кг/литр. Концентрация воды в плазме равна 0.93 кг/литр. Концентрация воды в образце крови должна быть промежуточной между этими двумя величинами и равна $(0.43)(0.71) + (1 - 0.43)(0.93) = 0.84$. Соотношение концентрации воды и, следовательно, концентрации глюкозы в плазме и в цельной крови составляет $0.93/0.84$, или 1.11. Это соотношение зависит от гематокрита. Снижение гематокрита приводит к увеличению концентрации глюкозы в цельной крови и наоборот. **Определение глюкозы непосредственно в плазме крови отражает ее истинное значение** и поэтому является предпочтительным. Тот факт, что всемирно известные организации обратились с рекомендациями к производителям глюкометров калибровать последние именно по плазме, означает качественный сдвиг в подходе к диагностике и терапии диабета.

В настоящее время установлено, что более четкая корреляция между уровнем глюкозы в крови, наличием сосудистых осложнений диабета и степенью их прогрессирования выявляется не показателями гликемии натощак, а степенью ее увеличения в период после приема пищи – постприандиальная гипергликемия. Полагается, что критерии диагностики СД и уровней его компенсации, соответствующие рекомендациям ВОЗ (2002), необходимо и дальше «ужесточать».

Насколько клинически значимо для эффективной диагностики диабета и мониторинга его терапии определение глюкозы? Наглядный ответ на этот вопрос представлен на рис. 2. Какой вывод о реальной компенсации диабета можно сделать, если измерение концентрации глюкозы в крови состоялось, например, в момент ее максимума? Или в момент ее минимума? Действительно, измерение глюкозы в крови оценивает текущий (сиюминутный) уровень глюкозы, который может зависеть: 1) от приема (или неприема) пищи; 2) от ее состава; 3) от физических нагрузок и их интенсивности; 4) от эмоционального состояния пациента; 5) от времени суток и даже 6) от погодных условий. Очевидна высокая вероятность того, что определение текущего уровня глюкозы в крови не будет отражать действительную степень компенсации сахарного диабета, а это может привести либо к передозировке лечебных препаратов, либо к неоправданному уменьшению их количества.

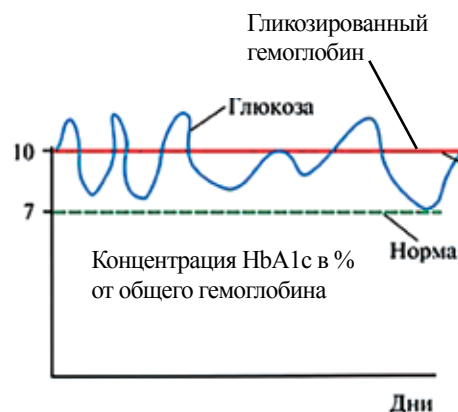
Это обусловлено исследованиями последних лет, которые показали, что частота, время развития поздних сосудистых осложнений СД и скорость их прогрессирования имеют прямую корреляцию со степенью компенсации СД, о которой уверенно можно судить только на основании измерений уровней HbA1c. Уровень HbA1c свидетельствует одновременно об уровне глюкозы натощак, о препрандиальном и постприандиальном ее уровнях. **В целом определение HbA1c дает усредненное, интегрированное представление об уровне гликемии при всех формах диабета.**

Уровень HbA1c в эритроцитах – это интегральный показатель состояния углеводного обмена за предшествующие 6–8 недель. Для эффективной оценки лечения целесообразно повторять измерение HbA1c через каждые 1,5–2 месяца. При контроле эффективности лечения СД рекомендуется поддерживать уровень HbA1c менее 7% и проводить коррекцию терапии при уровнях HbA1c более 8%.

Таким образом, стратегическая цель лечения СД – постоянное поддержание глюкозы в пределах нормы, тем самым предотвращая развитие диабетических осложнений – может быть достигнута лишь при сочетанном определении как глюкозы в крови, так и концентрации HbA1c. **Образно говоря, при терапии сахарного диабета «понижать» надо не глю-**

Рис. 2.

Динамика концентрации глюкозы в крови на протяжении 9 недель. Концентрация глюкозы изменяется между 7 и 12 моль/л. Уровень HbA1c в течение всего периода постоянен – 10%



науча и практика

козу в крови, а гликированный (гликозилированный) гемоглобин!

Или, строго говоря, при лечении диабета ориентироваться следует не на уровни глюкозы натощак, а на уровни HbA1c. Клиническая значимость данного лабораторного показателя разнообразна, что подтверждают многочисленные исследования, и это материал для отдельной статьи. В данном случае мы говорим о проблемах определения глюкозы в крови.

Какие проблемы имеются в нашем многопрофильном стационаре:

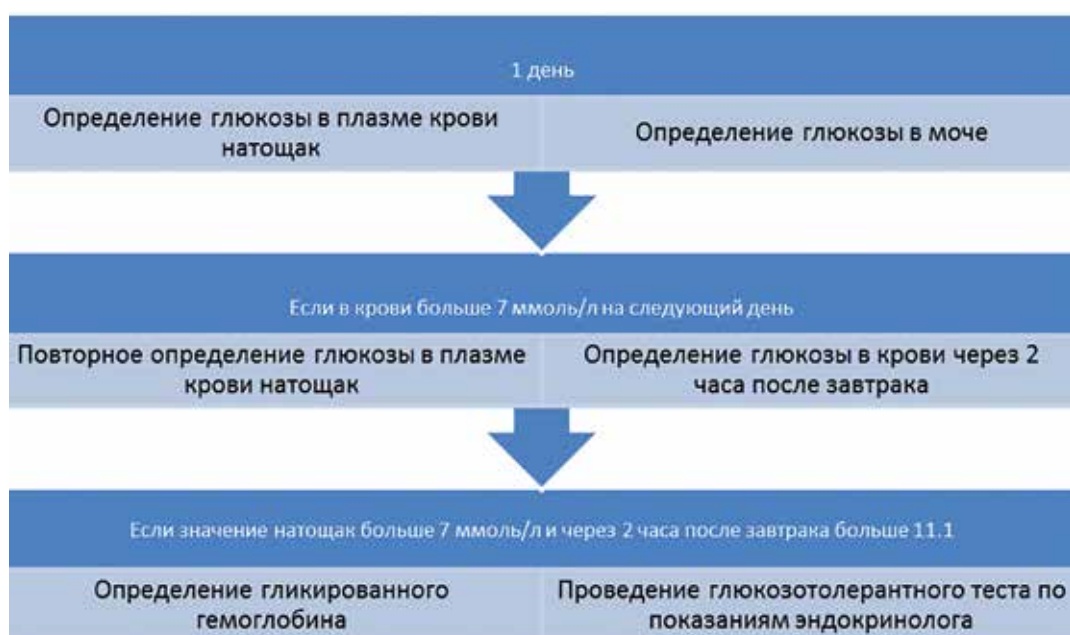
1. Врачи категорически не признают определение глюкозы в плазме крови, несмотря на то что это уже признанный международный стандарт даже для современных индивидуальных глюкометров (проблемы работы с капиллярной кровью описаны в обзоре).
2. Активно стали обходить ограничение на определение глюкозы в капиллярной крови через назначение гликемического профиля при пограничных значениях глюкозы в плазме. Это абсолютно неверно, поскольку требует повышенных трудозатрат и необоснованного износа оборудования. При таком раскладе возможно развитие ситуации, когда в капиллярной крови глюкоза вообще не будет определяться из-за отсутствия приборов.
3. Интерпретация уровня глюкозы в капиллярной крови идет без учета коэффициента соотношения глюкозы в плазме и в цельной крови. Это можно исправить, введя значение коэффициента в медицинскую информационную систему.
4. Как показала практика и проведенные эксперименты, разночтения значений глюкозы в различных биоматериалах и образцах связаны с техническими проблемами используемой медицинской аппаратуры.

Заключение: Для устранения всех указанных проблем предлагается ввести унифицированный алгоритм скрининга нарушений углеводного обмена и, по возможности, провести необходимую модернизацию парка используемого оборудования.

$$\text{Усредненная концентрация глюкозы (ммоль/л)} = 1,98 * \text{HbA1c (\%)} - 4,29 \text{ DCCT}$$

Схема 1.

Алгоритм скрининга нарушений углеводного обмена



Гликемический профиль назначает эндокринолог для оценки эффективности проводимого пациенту лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНОТРОПНЫХ И ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



П.Н. Власов

А В Т О Р

П.Н. Власов,
А.В. Гейзе

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность: В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы сохраняют лидирующие позиции в эволюции общей смертности в Российской Федерации. Существенный вклад в общую структуру сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ) привносит хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН). По данным эпидемиологических исследований ХСН, встречается у 7% населения РФ, являясь основной причиной госпитализации 16,8% пациентов среди всех больных с ССЗ [1].

Важно отметить, что острая декомпенсация сердечной недостаточности (ОДСН) отличается высокой частотой регоспитализаций. Так, по данным российского регистра ОРАКУЛ-РФ частота регоспитализации в течение 30, 90, 180 и 360 дней составляет 31%, 11%, 11% и 9,5% соответственно [2]. Таким образом, с учетом этих данных, в РФ ежегодно происходит 1,5 миллиона случаев ОДСН, что создает огромную нагрузку на систему здравоохранения.

Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на значительные успехи в лечении сердечной недостаточности, именно ОДСН характеризуется высокой смертностью: госпитальная смертность составляет 11%, а общая смертность, в течение года после выписки из стационара, достигает 43% [2].

Отличительной особенностью пациента с ОДСН является коморбидность – каждый третий пациент имеет 3 заболевания и более. К наиболее часто встречающимся коморбидным заболеваниям относятся артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД) и патология почек – 23% пациентов с ОДСН в РФ имеют скорость клубочковой фильтрации (далее – СКФ) ≤ 60 мл/мин. Наличие СКФ ≤ 60 мл/мин у пациентов с ОДСН более чем в 3 раза увеличивает риск смерти (ОШ 3,82; 95% ДИ 3,37-4,33) [2].

— наука и практика —

Рекомендации по лечению ОДСН включают в себя оксигенотерапию, применение мочегонных средств и вазодилататоров. Использование инотропных препаратов, повышающих сократимость миокарда, показано при недостаточной эффективности первичных мер, низком АД, клинических признаках синдрома малого сердечного выброса, не связанного с гиповолемией [1,3]. Доказано, что применение инотропных препаратов наряду с улучшением параметров гемодинамики достаточно часто сопровождается возникновением побочных эффектов и может способствовать увеличению смертности даже при кратковременном введении [3].

В то же время появился ряд лекарственных препаратов для лечения пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности, механизм действия которых принципиально отличается от лечения «стандартными» препаратами. Одним из таких препаратов является левосимендан, относящийся к кальциевым сенситайзерам. Основным механизмом действия левосимендана является повышение чувствительности (сенситизация) сократительных белков кардиомиоцитов к кальцию. Положительный инотропный эффект реализуется при имеющихся концентрациях кальция в клетке, что принципиально отличает левосимендан от широко применяемых кардиотоников, приводящих к увеличению содержания внутриклеточного кальция. Другой механизм действия опосредован открытием АТФ-зависимых калиевых каналов как в гладких миоцитах сосудистой стенки, что приводит к вазодилатации, так и в митохондриях кардиомиоцитов, что обуславливает кардиопротекторные эффекты. Благодаря тройному механизму действия и особенностям фармакокинетики левосимендан приводит к возрастанию ударного объема и сердечного выброса при практически не изменяющейся ЧСС на фоне снижения периферического сопротивления сосудов и левопредсердного давления. [4] Помимо положительных гемодинамических эффектов применение левосимендана приводит к улучшению клинической картины – снижению выраженности одышки и утомляемости. В то же время на настоящий момент не доказано влияние левосимендана на прогноз пациентов с ОДСН [5].

Другим препаратом для лечения ОДСН, зарегистрированным в РФ в 2014 году, является серелаксин – рекомбинантная форма человеческого гормона релаксина-2, обладающего мощным вазорелаксирующим действием и дополнительными органопротективными эффектами. Вазодилатирующий эффект серелаксина реализуется двумя путями: быстрым – через фосфорилирование синтетазы азота и, как следствие, увеличение продукции NO, и медленным, который реализуется

через систему эндотелина и сосудистый фактор роста эндотелия (VEGF) [6,7,8].

В отличие от нитратов, которые являются донаторами групп оксида азота и вызывают системную вазодилатацию, серелаксин скорее является вазорелаксантом, модулятором сосудистого тонуса, который «выравнивает» дисбаланс между вазоконстрикторным и вазодилатирующим компонентами системы эндотелина [6,7,8].

Согласно исследованию по изучению гемодинамических эффектов серелаксина у пациентов с острой сердечной недостаточностью (ОСН), препарат быстро и значительно снижает общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), легочное сосудистое сопротивление (ЛСС), давление заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) [9].

По результатам исследования RELAX-AHF, серелаксин эффективно купирует одышку и уменьшает клинические признаки застойных явлений (ортопноэ, хрипы, отеки). Быстрая стабилизация пациента на фоне применения инфузии серелаксина приводит к уменьшению сроков пребывания пациентов в ОРИТ на 0,4 дня ($p=0,029$) и общей продолжительности госпитализации на 0,9 дня ($p=0,039$) [10]. Таким образом, постоянное использование серелаксина у пациентов с ОДСН в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии позволяет пролечить дополнительно до 10 пациентов в год на каждой больничной койке. То же самое увеличение количества пролеченных пациентов можно ожидать и в рамках коечного отделения – дополнительно до 3 пациентов в год на каждую больничную койку.

Важной особенностью серелаксина является дополнительное органопротективное действие, которое можно оценить по уровню биомаркеров повреждения органов мишеней. Так, по данным исследования RELAX-AHF, увеличение уровня тропонина Т на 20% от исходного на второй день лечения наблюдалось только у 16,5% в группе лечения серелаксином, по сравнению с 27,2% в группе плацебо; увеличение уровня АСТ $\geq 20\%$ – 7% и 12,7%, соответственно; увеличение уровня АЛТ $\geq 20\%$ – 7,1% и 11,4%, соответственно. Кроме того, у 69% пациентов в группе лечения серелаксином, по сравнению с 58% в группе плацебо, было выявлено снижение уровня NT-proBNP $\geq 30\%$ в течение 48 ч. от начала лечения [11]. На сегодняшний день в литературе встречается достаточно данных об эффективности серелаксина при ОСН, в том числе в виде опубликованных клинических случаев [12,13,14], и левосимендана [15], по отдельности, при лечении сердечной недостаточности. Описаний совместного приме-

науча и практика

ния серелаксина и левосимендана нам не встречалось, тогда как в нашей клинике имеется первый опыт лечения пациента с острой декомпенсацией сердечной недостаточности на фоне дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) с одновременным применением данных препаратов.

Клинический пример: Пациент Е., 36 лет, поступил в стационар БСМП 14.12.15 в 21:30 с диагнозом: «пароксизм фибрилляции предсердий (ФП) неуточненной давности. Отек легких от 14.12.15». При поступлении пациент отмечал усиление одышки в течение последней недели, увеличение массы тела в течение месяца – более чем на 12 кг, снижение толерантности к физической нагрузке. Также в анамнезе пациент отмечал острое респираторное заболевание – давностью около 2 месяцев до настоящей госпитализации, по поводу которого он не обращался в лечебные учреждения, лечился самостоятельно. При обследовании пациента отмечалось наличие выраженных периферических отеков, цианоз губ, одышка до 30 дыханий в минуту, в легких: единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах била-

Таблица 1
Динамика гемодинамических параметров во время инфузии серелаксина

Параметр	Исходно	Начало инфузии	3 часа	6 часов	9 часов
САД, мм рт.ст.	118	125	111	124	111
ДАД, мм рт.ст.	97	90	72	73	56
ЧСС, уд/мин	148	121	132	131	124
ЦВД, мм вод.ст.	300	290	300	260	270

терально; АД 118/97 мм рт.ст.; на ЭКГ ритм ФП с частотой сокращений желудочков (ЧСЖ) 150-100/мин, отклонение электрической оси сердца влево, признаки ГЛЖ и перегрузки правых отделов. Результаты лабораторных исследований патологических изменений не выявили, рентгенологически отмечалась картина интерстициального отека легких и кардиомегалия (кардиоторакальный индекс 65%). Учитывая тяжесть состояния при поступлении, пациент госпитализирован в отделение кардиореанимации (далее – ОРИТ №3), где начато проведение «стандартной» интенсивной терапии ОДСН. Электроимпульсная терапия не проводилась ввиду неизвестной давности ФП и необходимости дообследования.

Таблица 2

Динамика гемодинамических параметров во время одновременной инфузии серелаксина и левосимендана

параметры	начало инфузии	6 часов	12 часов	18 часов	24 часа
САД, мм рт.ст.	115	92	108	111	113
ДАД, мм рт.ст.	85	66	78	76	60
ЧСС, уд/мин	140	138	132	129	133
ЦВД, мм вод.ст.	250	240	240	230	240
СДЛА, мм рт.ст.	68	65	45	36	40
ДДЛА, мм рт.ст.	31	33	30	17	21
ДЗЛА, мм рт.ст.	27	27	25	15	16

Проведение инфузионной терапии с применением нитратов, кордарона и возрастающих дозировок диуретиков (фуросемид 50-100 мг/час) на фоне олигоурии в течение 3 часов не привело к ожидаемому эффекту. Отсутствие адекватного прироста диуреза при увеличении дозы диуретика свидетельствует о развитии резистентности к диуретикам [16]. При развитии резистентности к диуретиками одним из вариантов преодоления этого состояния является увеличение доз диуретиков [1], однако, с другой стороны, высокие дозы диуретиков сами обладают нефротоксичным действием [17, 18]. Кроме того, использование высоких доз диуретиков увеличивает риск развития ухудшения функции почек, приводящего, в свою очередь, к госпитальной смертности [19]. С другой стороны, снижение диуреза у пациентов с ОДСН является одним из критериев развития кардиоренального синдрома I типа, вплоть до острого почечного повреждения [20, 21].

С целью быстрой стабилизации пациента, преодоления резистентности к диуретикам и дополнительной нефропротекции было принято решение о добавлении к стандартной терапии инфузии препарата серелаксин из расчета 30 мкг/кг/сутки в виде 48-часовой инфузии.

Уже через 3 часа после начала инфузии больной отметил уменьшение одышки, объективно выявлено снижение диастолического давления до нормальных значений на фоне сохраняющейся ФП с более редкой ЧСЖ и увеличение темпа диуреза, позволившее начать снижение скорости инфузии фуросеми-

науча и практика

да через 5 часов после начала инфузии серелаксина. Полученные данные о быстрой стабилизации пациента и увеличении диуреза совпадают с опытом других российских авторов [12,13].

При дообследовании пациента на следующий день по данным ЭХО-КГ выявлены дилатация всех полостей сердца (КДО ЛЖ 210мл) и диффузный гипокинез всех отделов сердца (ФВ ЛЖ 25%), с формированием вторичной митрально-трикуспидальной недостаточности 2-3 степени, высокая легочная гипертензия (СДЛА 70 мм рт.ст.).

Учитывая наличие выраженной систолической дисфункции левого желудочка, было принято решение о проведении инфузии левосимендана наряду с серелаксином. Принимая во внимание наличие у данных препаратов вазоплегического эффекта, для профилактики артериальной гипотонии инфузию левосимендана проводили без начальной болюсной дозы с постоянной скоростью 0,1 мкг/кг/мин со снижением вдвое при необходи-

Таблица 3

Динамика параметров ЭХО-КГ при введении левосимендана

	КДО ЛЖ	КСО ЛЖ	УО ЛЖ	ФВ ЛЖ	СДЛА
до инфузии	210	158	52	25	70
после инфузии	194	116	78	42	42

мости. Для инвазивного мониторинга параметров центральной гемодинамики (ЦГД) перед началом введения левосимендана были катетеризированы лучевая артерия и легочная артерия флотационным катетером Swan-Ganz: осуществлялся мониторинг показателей АД, давления в легочной артерии (ДЛА), право- и левопредсердное давление. По техническим причинам измерение сердечного выброса не проводилось.

Во время инфузии левосимендана были отмечены следующие эффекты: тенденция к снижению АД на 20%, при этом показатели АД оставались в пределах нормы и вернулись к исходным значениям через 10-12 часов без необходимости дополнительной инфузии растворов вазопрессоров. Существенного изменения ЧСС на фоне сохраняющегося ритма ФП не отмечено. Также не отмечено существенного изменения ЦВД, что, вероятно, связано с наличием трикуспидальной недостаточности 2 степени. Динамика показателей ДЛА отличалась от таковой у системного давления – снижение

ДЛА отмечено лишь спустя 12 часов после начала введения левосимендана. Показатели преднагрузки на левый желудочек снизились только к концу инфузии препарата.

В связи с инотропным действием левосимендана отмечено улучшение параметров ЭХО-КГ – наряду со снижением конечно-систолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ возрастала фракция выброса левого желудочка и ударный объем, что является подтверждением улучшения контрактильности миокарда. Также отмечено снижение СДЛА, сопоставимое с изменениями ДЛА, измеренного инвазивно, что также является косвенным признаком улучшения систолической функции левого желудочка. Регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах сохранялась в пределах 2 степени.

Несмотря на такие результаты следует учитывать, что, согласно Европейским рекомендациям по лечению хронической и острой сердечной недостаточности, использование инотропных препаратов, в частности левосимендана, показано пациентам с АД < 90 мм рт.ст. и/или признаками гипоперфузии; инотропные препараты не показаны пациентам, за исключением случаев, в которых имеются признаки гипотензии или гипоперфузии – по причине безопасности [3].

Необходимо отметить, что сочетанное применение серелаксина и левосимендана позволило повлиять на все патогенетические механизмы ОДСН: серелаксин обладает вазодилатирующим эффектом, действуя на уровне артериол [9], и, соответственно, снижает постнагрузку, уменьшает явления воспаления, оксидативного стресса и апоптоза [22] – обеспечивая дополнительную защиту органов мишеней (сердце, почки и печень); инотропное действие левосимендана оказало положительный эффект на сократительную функцию сердца.

Заключение: Современные лекарственные препараты для лечения острой декомпенсации сердечной недостаточности, такие как серелаксин и левосимендан, позволяют эффективно и безопасно купировать симптомы декомпенсации у критически тяжелых больных, повышая качество оказываемой медицинской помощи. Добавление данных препаратов к стандартной терапии позволяет обеспечить быстрое купирование одышки и других признаков застойных явлений. Они эффективны при отсутствии положительной динамики на фоне стандартной терапии.

Отличительной чертой серелаксина является наличие влияния на прогноз у пациентов с ОДСН: по данным клинических исследований в группе

науча и практика

серелаксина наблюдалось снижение риска сердечно-сосудистой и общей смертности к 180 дню на 37% (ОШ 0,63 95% ДИ 0,41–0,96; $p=0,028$, ОШ 0,63; 95% ДИ 0,43–0,93; $p=0,02$) [10].

Необходимо также отметить, что для успешного лечения неотложных состояний у кардиологических пациентов лечебные учреждения должны быть оснащены всем необходимым оборудованием для проведения длительных инфузий лекарственных препаратов и для инвазивного мониторинга гемодинамических показателей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр)/ Сердечная Недостаточность. 2013; Том 14, № 7(81):1-93.
2. Арутюнов А.Г. и др. Первое открытое исследование синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации. Независимый регистр ОРАКУЛ-РФ/ Кардиология. 2015;5:12-21.
3. Павлюкова Е. П., Александрия Л. Г., Мерай И. А. Инотропная терапия при острой сердечной недостаточности: перспективы применения нового сенситизатора кальциевых каналов — левосимендана/ Клиническая фармакология и терапия 2005; 14 (3): 79-84.
4. Жиров И.В., Насонова С.Н., Терещенко С.Н., Николаева О.А., Ускач Т.М. / Клинический опыт применения серелаксина у пациента с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности/ РКЖ.2016;4:83-88.
5. Кобалава Ж.Д., Виллельваде С.В., Соловьева А.У., Мерай И.А. Органопротективные эффекты серелаксина у пациента с тяжелой декомпенсацией сердечной недостаточности / Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016;12(4):414-423; doi: org/10.20996/1819-6446-2016-12-4-414-423.
6. Ковалева Г.В., Сутыгина Т.Ю., Королева Л.Ю., Миронов Н.Н. Клинический случай лечения рецидивирующей острой левожелудочковой недостаточности на фоне острого инфаркта миокарда серелаксином — рекомбинантным препаратом человеческого релаксина-2 (Peasanz, Novartis)/ Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, 2015;5:92-94.
7. Фомин И.В., Хамхоева М.С. Резистентность к диуретикам: причины, механизмы, возможности преодоления/ Фарматека 2010;12:19-23.
8. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., Bueno H., John G. F. Cleland J.G.F., Andrew J. S. Coats A.J.S., Falk V. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure/ Eur Heart J. 2016;37(27):2129-2200 doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
9. Mebazaa A., Nieminen M.S., Filippatos G.S., Cleland J.G., Salon J.E., Thakkar R., Padley R.J., Huang B., Cohen-Solal A. Levosimendan vs. dobutamine: outcomes for acute heart failure patients on beta-blockers in SURVIVE/ Eur J Heart Fail. 2009;11(3):304-311. doi: 10.1093/eurjhf/hfn045.
10. McGuane J.T., Debrah J.E., Sautina L., Jara-japu Y.P., Novak J., Rubin J.P., Grant M.B., Segal M., Conrad K.P. Relaxin induces rapid dilation of rodent small renal and human subcutaneous arteries via PI3 kinase and nitric oxide/ Endocrinology. 2011;152(7):2786-2796; doi: 10.1210/en.2010-1126.
11. Ponikowski P., Mitrovic V., Ruda M., Fernandez A., Voors A.A., Vishnevsky A., Cotter G., Milo O., Laessing U., Zhang Y., Dahlke M., Zymlinski R., Metra M. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre study to assess haemodynamic effects of serelaxin in patients with acute heart failure/ Eur Heart J 2014;35:431–441; doi:10.1093/eurheartj/eh459
12. Metra. M., Cotter G., Davison B.A., Felker G.M., Filippatos G., Greenberg B.H., Ponikowski P., Unemori E., Voors A.A., Adams K.F.Jr, Dorobantu M.I. Grinfeld M. / Effect of serelaxin on cardiac, renal, and hepatic biomarkers in the Relaxin in Acute Heart Failure (RELAX-AHF) development program: correlation with outcomes/ JACC. 2013;61:196–206; doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.005.
13. Nieminen M.S., Fruhwald S., Heunks L.M., Suominen P.K., Gordon A.C., Kivikko M., Pollesello P. Levosimendan: current data, clinical use and future development/ Heart Lung Vessel. 2013;5(4):227-45.
14. Metra M., Cotter G., Gheorghiadu M., Dei Cas L., Voors A.A. The role of the kidney in heart failure/ Eur Heart J. 2012;33(17):2135-42; doi: 10.1093/eurheartj/ehs205.
15. Peacock W.F., Costanzo M.R., De Marco T., Lopatin M., Wynne J., Mills R.M., Emerman C.L. Impact of intravenous loop diuretics on outcomes of patients hospitalized with acute decompensated heart failure: insights from the ADHERE registry/ Cardiology. 2009;113(1):12-9; doi: 10.1159/000164149
16. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury Kidney International supplements Volume 2/issue 1/ March 2012; www.kidney-international.org

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ СЕДАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ANACONDA У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ



Е.А. Попова

АВТОРЫ

Е.А. Попова, А.А. Любченко,
Т.Г. Шиврина, М.А. Большакова,
Р.М. Рахманов, Е.А. Рахманова,
А.А. Попов, А.И. Филяков

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

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность: «Спайсы» являются новой угрозой человечеству. С середины 2000-х годов особую популярность получили синтетические каннабиноиды, входящие в состав «курительных смесей» и «солей для ванн», также известные под общепотребительным термином «спайсы», входящие в группу так называемых «дизайнерских» наркотиков. (Ю.Н. Остапенко с соавт., 2015 г.). За 2014-2015 гг. в отделение острых отравлений Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича поступило 850 человек с диагнозом «острое отравление психодислептиками». Из них погибли 18 человек. Отравления, как правило, проявлялись нарушением поведения (возбуждение, галлюцинации, склонность к суицидальным действиям и др.), в случаях более тяжелого течения сопровождалась судорожными приступами и артериальной гипотензией.

Цель: Оценить возможность седации у больных с отравлением психодислептиками при использовании севофлурана через ингаляционное устройство AnaConDa.

Материалы и методы: Исследование проведено (2015-2016 гг.) у 25 пациентов с острым отравлением психодислептиками (оценка по шкале RASS составляла 3,75 балла), находящихся в отделении для больных с острыми отравлениями, которым провели ингаляционную седацию с помощью системы AnaConDa на аппарате SERVO-s – Maquet. Показания к седации у больных с отравлением психодислептиками – оценка по шкале RASS более 3 баллов.

Методика применения: AnaConDa – медицинское устройство, которое позволяет осуществлять назначение ингаляционных анестетиков. Оно используется вместе с аппаратом ИВЛ – без дыхательного контура, дыхательной системы с натронной известью и испарителя для анестетиков и подключается между У-образным коннектором и интубационной трубкой. Эта система требует использования ДВЛ, газоанализатора наркозного газа. Использовался севофлуран (3-5 мл в час) до достижения целевой степени седации. Система одноразовая. Длительность применения – сутки. Далее снижается эффективность отражающей и сохраняющей севофлуран мембраны. Выброс в атмосферу севофлурана около 10%. При отсутствии системы для активного отвода газа используются поглотителем – контрфлюраном.

Результаты: Уровень седации поддерживали в пределах 5-6 баллов по шкале Ramsay, при этом расход севофлурана на 1 больного составил 50 мл/сут, нарушение сознания и психомоторное возбуждение удалось купировать в течение первых суток, в то время как при внутривенной седации (тиопентал натрия 1 г/сут; галоперидол 50 мг/сут, диазепам 5 мг/сут) подобные нарушения удавалось купировать только к концу вторых суток. При этом у больных наблюдалась тенденция к развитию гиподинамического типа кровообращения.

Применение данной методики позволило сократить пребывание пациентов в отделении на 1 койко-день.

— наука и практика —

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА



Е.П. Тихонова

АВТОРЫ

**Е.П. Тихонова, И.В. Сергеева,
О.А. Тюшевская, Н.В. Андропова,
Т.Ю. Кузьмина**

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

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность: Энтеровирусная инфекция является одной из трудноразрешимых проблем современной медицины несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики. До сих пор не разработаны средства специфической профилактики и этиотропной терапии большинства заболеваний, вызванных данной группой вирусов [1].

Энтеровирусные инфекции – заболевания, которые вызываются различными серотипами энтеровирусов, характеризуются полиморфизмом клинической симптоматики с преимущественным поражением нервной системы, кожи, мышц, внутренних органов, высокой контагиозностью и сезонностью. Исследования последних лет показали, что среди энтеровирусов достаточно легко возникают рекомбинантные варианты, чем можно объяснить появление новых серотипов и новых свойств у ранее известных вирусов (Лукашев А.Н., 2005, Мурина Е.А., 2006).

Энтеровирусы – РНК-геномные вирусы с размерами вириона 25-35 нм. В эту группу входят полиовирусы, вирусы Коксаки А, Коксаки В, ЕСНО и несколько неклассифицированных вирусов человека. В настоящее время всего выделено 87 серотипов, 64 из них патогенны для человека [1,2]. Некоторые представители энтеровирусов имеют повсеместное распространение. Они попадают в организм человека через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Кроме того, инфицирование возможно аэрогенным и вертикальным путем, т.е. трансплацентарно. Попадая в организм, вирусы размножаются, а затем, при неблагоприятных условиях, поражают различные органы и ЦНС. Первично энтеровирусы размножаются в эпителии слизистой оболочки рта, глотки, тонкой кишки, в лимфоидных тканях кольца Пирогова-Вальдейера и пейеровых бляшках. Затем возбудитель проникает в кровотоки. При образовании сывороточных антител дальнейшее диссеминирование возбудителя прекращается. В противном случае развивается вторичная вирусемия, возбудитель попадает в различные органы и системы. Считается, что энтеровирусы стимулируют апоптоз клеток [3].

Энтеровирусы обладают широким спектром патогенности, что объясняется их способностью репродуцироваться в эпителии, клетках соединительной ткани, в частности фибробластах, лимфоцитах,

— наука и практика —

эндотелиоцитах, миоцитах, кардиомиоцитах и нервных клетках [3,4,5]. Энтеровирусы Коксаки В чаще всего вызывают инфекционный миокардит: серьезное заболевание, которое может стать причиной дилатационной кардиомиопатии и сердечной недостаточности. Инфекционный миокардит может также быть вызван энтеровирусом ЕСНО 6 и полиовирусами. Энтеровирусы Коксаки А могут вызывать вялый паралич, тогда как Коксаки В – спастический. Другие заболевания, связанные с вирусами Коксаки А, – это геморрагический конъюнктивит, с Коксаки В – герпангина, плевродиния, перикардит, панкреатит, менингоэнцефалит. Энтеровирусы считают частой причиной развития крупных вспышек асептического менингита – Коксаки А и В5, ЕСНО 6, 9, 30. Инфицирование энтеровирусами Коксаки во время беременности может привести к спонтанному аборт, миокардиту плода и задержке развития новорожденного [2,3,4].

Энтеровирусы способны поражать многие ткани и органы человека (центральная нервная система, сердце, легкие, печень, почки, кожа и слизистые), и это определяет значительный клинический полиморфизм вызываемых ими заболеваний. Особенностью энтеровирусных инфекций является то, что сходные клинические проявления болезни могут быть связаны с различными серотипами энтеровирусов; вместе с тем представители одного и того же серотипа могут вызывать различные клинические формы заболевания [3,4].

Экзантема как симптом характера для многих серотипов энтеровирусов. ЕСНО-вирусы серотипов 9 и 16 вызывают сыпь с лихорадкой. Сыпь состоит из отдельных элементов, как при краснухе, или выглядит сливной, кореподобной. Она появляется на лице и распространяется на туловище и конечности. ЕСНО-вирус серотипа 9 чаще вызывает краснухоподобную сыпь, но в отличие от краснухи лимфоузлы при этом не увеличиваются, а заболевание встречается летом. Иногда возникает сыпь в виде пятен и папул на лице и туловище. Такая сыпь обычно появляется после нормализации температуры.

Продромальный период заболевания сопровождается незначительным повышением температуры, анорексией, слабостью. Первоначально поражается слизистая ротовой полости: появляются везикулярные высыпания на мягком небе, языке, внутренней поверхности щек, которые быстро вскрываются и образуют язвочки, окруженные венчиком гиперемии. В это время у пациентов наблюдаются сильные боли во рту, лихорадка 38-39°C, которая может сохраняться до 24-48 часов. Одновременно у 75-96% больных появляются везикулы (пузырьковые высыпания) на ладонях (у 87,6%) и стопах (у 86,8%) диаметром 4-8 мм, у 54,3% пациентов сыпь может распространиться выше ладоней. Больные обычно жалуются

на чувство жжения, боли в стопах при ходьбе. В течение недели содержимое везикул рассасывается, и высыпания исчезают. Рвота встречается в 37,2% случаев [5,6].

Характерным синдромом при энтеровирусной инфекции является Синдром «Рука-нога-рот» (Hand, foot and mouth disease – HFMD). Данный синдром вызывается преимущественно вирусом Коксаки А16 и энтеровирусом 71 типа (EV 71), но может вызываться также вирусами Коксаки А5, А7, А9, А10, В2, В5. У большинства больных HFMD является доброкачественным, высыпания заживают спонтанно, без рубцов. Вторичное бактериальное инфицирование кожи возникает редко.

Цель исследования: Провести анализ заболеваемости энтеровирусной инфекцией больных в г. Красноярске в августе-сентябре 2016 года и дать клиническую характеристику заболеваемости.

Материалы и методы: В августе-сентябре 2016 года в инфекционные отделения КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» (далее – КМКБСМП) были госпитализированы 15 больных с подозрением на энтеровирусную инфекцию. Диагноз «энтеровирусная инфекция» был установлен клинико-эпидемиологически и подтвержден вирусологическими методами исследования. Вирусологические исследования проводились в вирусологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае» (ПЦР кала, ликвора, смывов из носоглотки на энтеровирусы).

Результаты: Среди 15 случаев энтеровирусной инфекции у госпитализированных преобладали лица молодого возраста – от 16 до 39 лет. Женщин было 9 (56,3%), мужчин – 6 (43,7%). Госпитализация проводилась на 2-3 сутки от начала заболевания. Направительным диагнозом при госпитализации в 33,3% случаев был ОРВИ, в 33,3% – острая кишечная инфекция, в 26,7% – менингит, в 6,7% – энтеровирусная инфекция. В эпидемиологическом анамнезе госпитализированные больные отмечали контакт с больными детьми, посещавшими детские сады, где отмечались случаи неясной лихорадки и экзантемы. Пациенты в возрасте 16-19 лет отмечали купание в открытых водоемах вблизи Красноярска. У всех больных диагностировано среднетяжелое течение заболевания. Летальных исходов не было.

Клиническими проявлениями у госпитализированных больных были интоксикационный синдром (лихорадка 37,5-38,9°C, слабость, головные боли) и катаральный синдром (гиперемия задней стенки глотки, заложенность носа, сухой кашель). У 4 больных (26,7%) отмечен диспепсический синдром (тошнота, рвота, боли в животе, кашицеобразный

— наука и практика —

стул). У 7 больных (46,7%) отмечались жалобы на боли в мелких суставах кистей и стоп.

У 8 больных (53,3%) наряду с интоксикационным и катаральным синдромами отмечалось поражение кожи кистей и стоп, слизистой оболочки полости рта (HFMD – синдром «Рука-нога-рот»). Одновременно на пальцах кистей и стоп появлялась полиморфная сыпь: пятна, папулы и везикулы диаметром 1-3 мм, окруженные венчиком гиперемии. Элементы располагались в межфаланговых сгибах как с ладонной, так и с тыльной стороны кистей, такие же элементы были и на стопах. Высыпания в области ладоней и стоп сопровождались кожным зудом, который не купировался приемом антигистаминных препаратов. На коже носогубного треугольника располагались везикулезные высыпания.

Высыпания сохранялись 3-4 дня, лихорадка – 1-2 дня после госпитализации.

Начало болезни у 7 больных (46,7%) характеризовалось интенсивной головной болью с преимущественной локализацией в лобно-височных областях, распирающего характера, сопровождающейся рвотой без облегчения. Лихорадка была фебрильной (38,3-38,9°C), отмечался выраженный менингеальный симптомокомплекс. Всем больным с подозрением на менингит с диагностической целью проводилась люмбальная пункция – определялся умеренный лимфоцитарный плеоцитоз; осадочные реакции Панди и Нонне-Апельта были слабоположительными (1-2+), уровень белка, хлоридов, глюкозы был в пределах нормы.

В общем анализе крови в 73,3% отмечалась лейкопения с умеренным лимфоцитозом, других существенных изменений выявлено не было.

В стационаре всем госпитализированным больным проводилась этиопатогенетическая терапия. Противовирусная терапия состояла из йодантипирина по схеме (первые 2 дня по 3 таблетки х 3 раза в день, последующие 2 дня – по 2 таблетке х 3 раза в день, затем 5 дней – по 1 таблетке х 3 раза в день) или Арпефлю (по 2 капсулы х 4 раза в день – 5 дней). Антибактериальная терапия назначалась больным с серозным менингитом (цефтриаксон по 2,0 г в сутки – 7 дней).

Клинический пример: Больной Б., 35 лет, поступил в I инфекционное отделение 12 сентября 2016 года с диагнозом: «энтеровирусная инфекция(?)» Из анамнеза заболевания стало известно: заболел 7 сентября с повышения температуры тела до 39,0 С, умеренной болезненности в горле. В последующие два дня болезненность в горле несколько усилилась, температура тела сохранялась на фебрильных цифрах. Самостоятельно принимал парацетамол в дозе 500 мг с кратковременным эффектом. 10 сентября отметил появление не обильных высыпаний на ладонях и стопах без зуда.

В последующие два дня сыпи стало больше, появился зуд. Обратился за медицинской помощью в КГБУЗ «КМКБ №20» 12 сентября с вышеперечисленными жалобами. Проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки – патологии не выявлено. С диагнозом: «энтеровирусная инфекция(?)» больной перенаправлен в инфекционное отделение КМКБСМП, госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: в семье проживают двое детей (четырёх и шести лет), посещающих детский сад. У детей отмечалась схожая симптоматика (повышение температуры тела, сыпь на ладонях и стопах). Со слов больного стало известно, что в детском саду зарегистрированы случаи энтеровирусной инфекции.

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела – 37,7о С, кожные покровы теплые на ощупь, на коже гиперемии нет, сыпь в виде пятнисто-папулезных элементов с геморрагическим компонентом. Скопление элементов сыпи на подошвенных поверхностях стоп, на кистях (в том числе на ладонных поверхностях).



Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1 см, при пальпации безболезненные. В зеве разлитая гиперемия, миндалины: II степени, без наложений. ЧДД: 16 в мин., дыхание через нос свободное, в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Неврологический статус без особенностей. ЧСС – 84 уд. в мин., АД – 120/74 мм рт. ст., тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Живот при пальпации

— наука и практика —

мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Учитывая клинико-anamnestические, эпидемиологические и данные объективного осмотра, был выставлен предварительный диагноз: «энтеровирусная инфекция».

В общем анализе крови без патологии, биохимические показатели были в пределах нормы. ПЦР от 14.09.16 № 274 фекалии: РНК энтеровирусов – обнаружены.

На фоне проводимой противовирусной (таблетки йодантипирина по схеме), дезинтоксикационной, симптоматической терапии состояние больного улучшилось: температура тела нормализовалась, купированы симптомы интоксикации, катаральные явления, сыпь регрессировала (на третий день противовирусной терапии сыпь значительно побледнела, на 7 день оставалась незначительная пигментация, к моменту выписки остаточных явлений не наблюдалось). Больной выписан в состоянии клинического выздоровления 21 сентября.

Заключение: Проблема энтеровирусной инфекции является актуальной для практических врачей. Это обусловлено тем, что данное заболевание в последние годы стало регистрироваться значительно чаще во всех возрастных группах, не только среди детей. В наблюдаемых нами случаях течение болезни было среднетяжелым с полиморфизмом клинических проявлений, с вовлечением в процесс нервной системы. Своевременная диагностика заболевания важна еще и потому, что в ряде случаев энтеровирусы являются самыми нейровирулентными вирусами и могут вызывать развитие серозных менингитов и менингоэнцефалитов. Врачи поликлинической службы, а также стационаров различного уровня должны с осторожностью относиться к пациентам с лихорадкой в сочетании с HFMD – с синдромом «Рука-нога-рот», а также с менингеальным симптомокомплексом. Для лабораторной верификации диагноза пациентам необходимо назначать серологические методы диагностики – ПЦР кала и крови на энтеровирусы. Знание эпидемиологической и сезонной обстановки по энтеровирусной инфекции позволит врачам поликлинической службы в более короткие сроки поставить правильный диагноз «энтеровирусная инфекция», что при госпитализации отразится на уменьшении пребывания пациента в стационаре и позволит сократить длительность временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Караков К.Г. Поражения при герпесвирусной и энтеровирусной инфекциях / К.Г. Караков, С.М. Безроднова, Н.В. Шацкая, О.Ю. Хореев. Ростов-на-Дону, 2007. 170 с.
2. Протасеня И.И. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика: пособие для врачей. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. – 2008. – 84 с.
3. Энтеровирусная инфекция у детей: от прошлого к настоящему / И.И. Протасеня, В.П. Молочный, О.Е. Троценко, В.И. Резник. – Хабаровск. – 2010. – 292 с.
4. Энтеровирусные заболевания: клиника, лабораторная диагностика, эпидемиология, профилактика: Методические указания (МУ 3.1.1.2130–06). – М., – 2006.
5. Epidemiologic and virologic investigation of hand, foot, and mouth disease, southern / Tu PV, Thao NT, Perera D. [et al.] // Vietn am, 2005. Emerg Infect Dis. -2007. - №13. – P.1733–1741.
6. Outbreak of hand, foot and mouth disease/ herpangina associated with coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France: a large citywide, prospective observational study / Mirand A, Henquell C, Archimbaud C. [et al.] // Clin Microbiol Infect. – 2012. – №18(5). – P. 110-118.

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ИВЛ BELLAVISTA В СОЧЕТАНИИ С ЗАКРЫТОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ



Д.С. Шамов

АВТОРЫ

Д.С. Шамов, В.Н. Новиков,
М.П. Кончаков

КГБУЗ «Краевая межрайонная
детская клиническая больница №1»

Актуальность: Острый респираторный дистресс-синдром (далее – ОРДС) может развиваться в результате первичного повреждения легких, морфологическим проявлением которого является отек паренхимы, развивающийся вследствие системной воспалительной реакции и повышенной проницаемости капилляров в малом круге кровообращения.

В педиатрическом отделении реанимации и интенсивной терапии (далее – ОРИТ) ОРДС имеет место у 1-3% пациентов. Если в 90-х годах смертность от ОРДС у детей была 40-45%, достигая 90% у пациентов с трансплантацией костного мозга, то в последние время она существенно снизилась благодаря совершенствованию искусственной вентиляции легких и успехам в лечении сопутствующих состояний.

Факторами риска ОРДС у детей (De Luca D. et al., 2013) являются:

1) сепсис, 2) утопление, 3) врожденный иммунодефицит, 4) травма грудной клетки, 5) грипп, 6) пневмония, 7) бронхолит, 8) коклюш, 9) бронхолегочная дисплазия, 10) онкология, 11) аспирация молоком, 12) большие операции, 13) гастроэзофагальный рефлюкс.

Анализ принципов построения современных АИВЛ четвертого поколения показывает, что в конструкции распределительного устройства применяются электронно-управляемые исполнительные механизмы, а система управления и отображения информации построена, как правило, на мощной микропроцессорной технике.

Эти принципы построения позволяют обеспечить:

- высокую надежность работы аппарата и безопасность для пациента;
- функциональность, то есть возможность реализации большинства апробированных методик ИВЛ;
- мониторинг задаваемых параметров и параметров состояния пациента.

Закрытые стерильные системы для санации дыхательных путей позволяют снизить частоту возникновения инфекций дыхательных путей, этиологическим фактором которых является повсеместное несоблюдение правил асептики и антисептики. Этим закрытые стерильные системы в большей степени компенсируют собственную низкую профилактическую эффективность.

Цель: Представить случай проведения интенсивной терапии ОРДС и оценить эффективность респираторной терапии аппаратом ИВЛ BELLAVISTA и закрытой системой для санации трахеобронхиального дерева (далее – ТБД).

Клинический случай: Было проведено ретроспективное исследова-

науча и практика

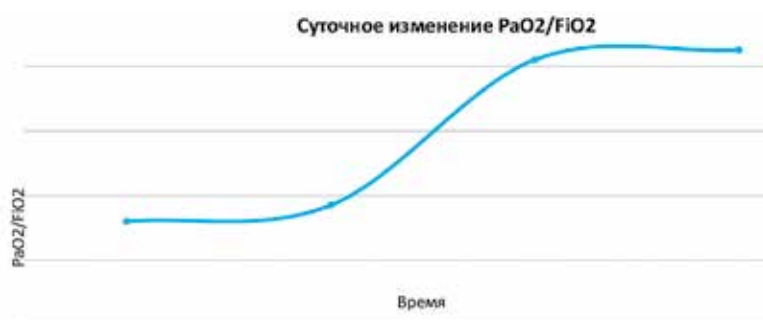
ние истории болезни ребенка в возрасте полутора месяцев с массой 5300 г, поступившего в отделение анестезиологии-реанимации для детей с инфекционной патологией в январе 2016 года и доставленного бригадой реанимационно-консультативного центра (далее – РКЦ) на АИВЛ.

Основной диагноз при поступлении: ОРВИ в тяжелой форме, гипертермический синдром, негладкое течение, осложненный двусторонней полисегментарной пневмонией и ОРДС.

Из анамнеза: болеет в течение 3 суток, повышение температуры до 39 – 39,2 градуса, кашель, заложенность носа, одышка, отказ от еды.

Как видно из таблицы, у ребенка с момента поступления были признаки ОРДС на фоне двусторонней полисегментарной пневмонии, вследствие чего подбирались жесткие параметры респираторной терапии с выраженной кислородной зависимостью.

График 1 отображает положительную динамику по показателю газообмена в течение первых суток интенсивной терапии, переход из тяжелой формы гипоксии в умеренную.



По данным графика 2, прослеживается высокий дыхательный объем в стартовых параметрах респираторной терапии, который соответствовал 12 мл/кг и при улучшении биомеханики легких уменьшался до 6 мл/кг, что, в свою очередь, привело к уменьшению уровня PIP и PEEP.

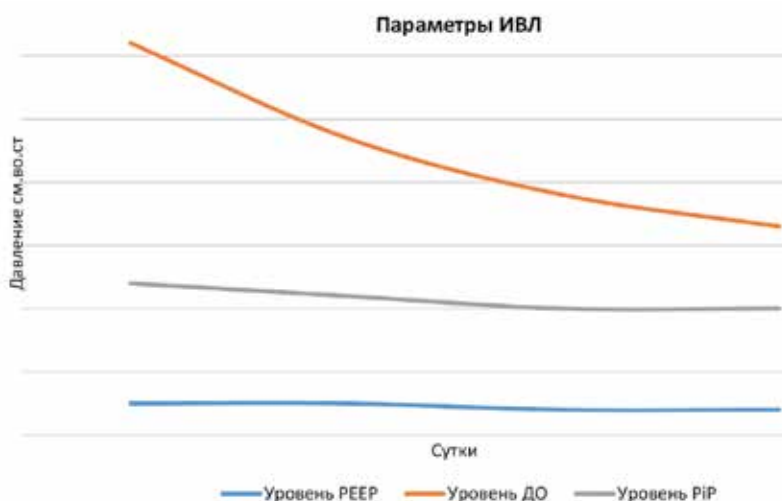
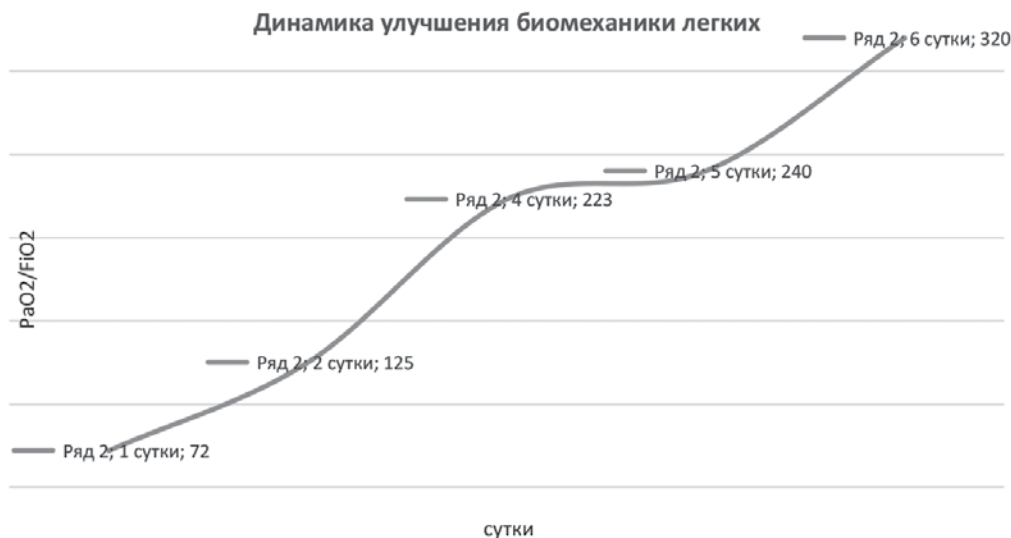


Таблица 1

Стартовые параметры ИВЛ

Параметры ИВЛ (Режим A/C)		Механика дыхания	
PiP	24	pH	7.668
PEEP	+5	PCO2	20.7
MAP	13	PO2	43
I:E	1:2	BE _{ecf}	2
Tin	0.4	SpO2	90%
FiO2	0.6	PaO2\	72
		FiO2	
RAET	50	IQ	18
VTi	62	Qs\Qt	18.4
VTe	63	AaDO2	336.4

науча и практика



По данным графика №3, признаки ОРДС полностью купированы к концу пятых суток.

Выводы:

- 1) своевременная диагностика дыхательной недостаточности и адекватная респираторная терапия уменьшают риск осложнений и количество дней на ИВЛ;
- 2) аппарат ИВЛ BELLAVISTA в данном случае проявил себя эффективным при тяжелом повреждении легких, оказывает безопасную вентиляцию при жестких параметрах респираторной терапии; кроме того, он бесшумный, что, в свою очередь, не вызывает дискомфорта у пациента и медицинского персонала;
- 3) закрытая система для санации ТБД при ОРДС эффективна и целесообразна, так как пациент не отключается от ИВЛ, тем самым предотвращается закрытие альвеол и не усугубляется проблема газообмена в легких.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вестник интенсивной терапии, 2014 г., №3. Интенсивная терапия в педиатрии «Острый дистресс-синдром в педиатрической практике». Александрович Ю.С., Пшенистов К.В. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Санкт-Петербург, Россия.
2. Курев В.В., Кулагин А.Е. Анестезиология и интенсивная терапия детского возраста, 2011 г., глава №41, стр. 647-657.
3. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии, 2008 г., раздел №9.4, стр. 178-183.
4. Сатитур О.Е. Механическая вентиляция легких, 2006 г., стр. 352-355.
5. Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Лескин Г.С. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. Санкт-Петербург, Медицина, 2004 г., 480 стр.
6. Грицан А.И., Ярошецкий А.И. Диагностика и интенсивная терапия острого дистресс-синдрома, клинические рекомендации.

— наука и практика —

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



А.О. Суховерхов

АВТОРЫ

**А.О. Суховерхов, П.Т. Жиго,
Д.В. Коршун, М.Ю. Войтович,
А.Н. Черных**

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

КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»

Актуальность: Инородные тела (*Corpora aliena*) – чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия. Инородными телами являются также введенные в организм с лечебной целью протезы суставов, клапанов сердца, скрепляющие костные отломки спицы, пластины, различные дренажи, тампоны, шовный материал и др. Оставленные в брюшной полости марлевые тампоны и салфетки, особенно в зарубежной литературе, описываются как госсипибома (*gossypiboma*), текстилома (*textiloma*) или коттоноид (*cottonoid*). Наиболее часто используемый термин «госсипибома».

Наличие инородного тела в организме вызывает изменения, зависящие от его величины, формы, физических и химических свойств, наличия бактериальной флоры и расположения. Химически активные инородные тела могут вызывать воспалительную реакцию окружающих тканей вплоть до их омертвления. Инфицированные инородные тела влекут за собой нагноение.

На сегодняшний день инородные тела брюшной полости в общехирургической практике остаются актуальной проблемой [1,2].

В общей хирургии инородные тела чаще обнаруживают в брюшной полости – 0,16% всех наблюдений. Летальность при этом достигает 40%. Среди инородных тел, забытых во время операции, чаще встречаются марлевые салфетки и шарики – 52%, реже – инструменты – 43% наблюдений. Длительность пребывания инородного тела в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от его локализации, размеров и инфицированности [1,2].

Инородные тела могут причинять боль в связи с давлением на нервные образования, приводить к кровотечению (пролежень сосуда), перфорации полых органов, но могут бессимптомно многие годы оставаться в организме, что усложняет процесс диагностики и часто приводит к позднему лечению и неблагоприятным исходам, порождающим уголовные и гражданские процессы. Оставление инородных тел при оперативных вмешательствах является врачебной ошибкой «лечебно-технического» характера [2,3].

Клинический пример: Под нашим наблюдением находился больной пожилого возраста, у которого

— наука и практика —

в течение длительного времени (14 лет) в брюшной полости находилось инородное тело больших размеров после выполнения лапаротомии.

Пациент Х., 61 год, поступил в урологическое отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» 15 декабря 2015 года с жалобами на затрудненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39,0°C. Вышеуказанные жалобы беспокоили в течение шести суток, пациент принимал жаропонижающие препараты – без эффекта. В связи с нарастанием выраженности описанных симптомов больной был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемно-диагностическое отделение с диагнозом: «острый пиелонефрит справа».

Из анамнеза известно, что в 2001 году мужчина перенес лапаротомию, холецистэктомию (оперирован в Таджикистане). Аппендэктомия в юности. Хронические заболевания отрицает.

При физикальном осмотре: температура тела 37,60°C. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах. Почки не пальпируются, безболезненные. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. При пальцевом ректальном осмотре отмечается умеренное увеличение простаты за счет правой доли, при пальпации – умеренная болезненность.

Рис. 1.

Рентгенограмма грудной клетки, свидетельствующая об отсутствии у пациента органической патологии



Рис. 2.

Рентгенограмма брюшной полости. Инородное тело (зажим) в правой половине брюшной полости



Ультрасонография почек: почки нормальных размеров, толщина паренхимы 17-18 мм, дыхательная экскурсия сохранена, расширения чашечно-лоханочной системы нет, конкрементов, дополнительных образований не визуализируется. На момент исследования эхо-патологии почек не выявлено.

В развернутом анализе крови: лейкоцитоз $15,7 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочко-ядерных нейтрофилов 12%). Биохимический анализ крови: АСТ 30 ЕД/л, АЛТ 62,6 ЕД/л. Общий анализ мочи – без особенностей. Остальные лабораторные показатели в пределах нормы.

Был выставлен диагноз при поступлении «острый простатит, острый пиелонефрит справа». На рентгенограмме грудной клетки очаговых и инфильтративных теней выявлено не было. Легкие расправлены. Синусы свободные. Со стороны легких и сердца возрастные изменения (рис. 1).

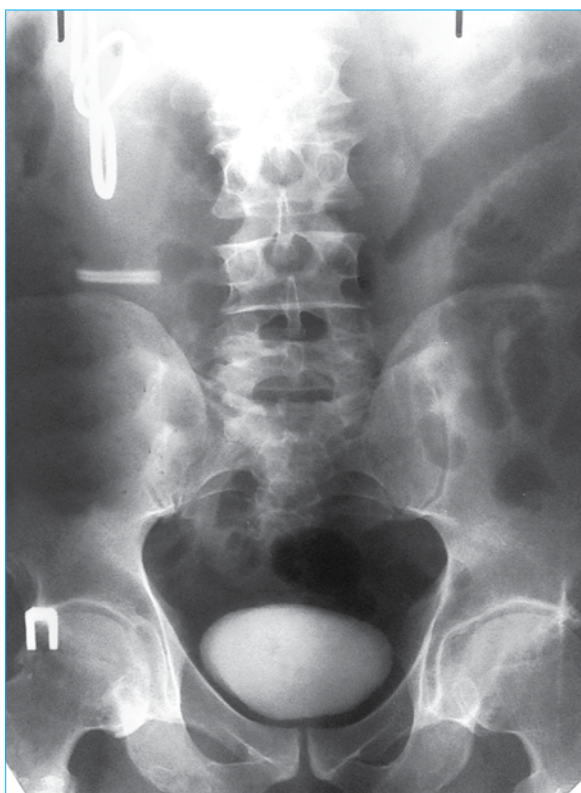
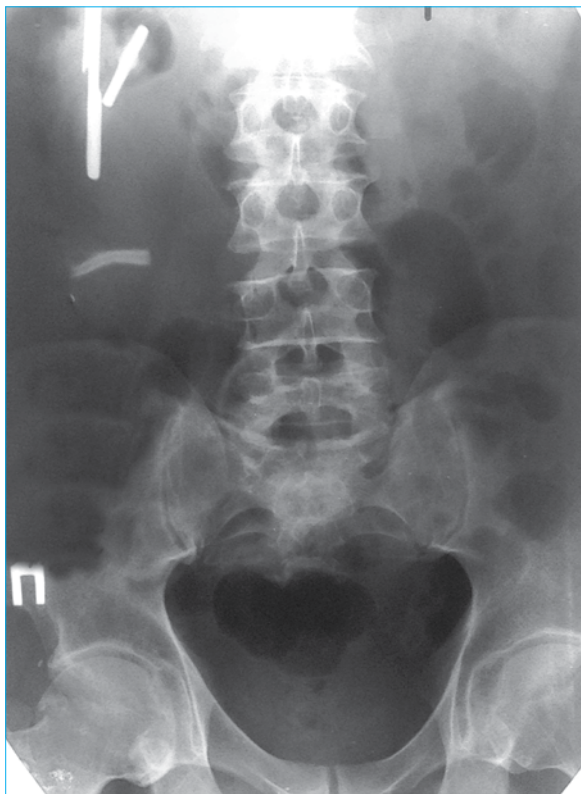
На обзорной рентгенограмме брюшной полости в правой половине было обнаружено инородное тело – зажим (рис. 2).

Была выполнена экскреторная урография (рис. 3). Функция почек не нарушена.

Ультрасонография брюшной полости: гепатоме-

Рис. 3.

Серия экскреторных урограмм, свидетельствующая об отсутствии у пациента нарушения функций почек



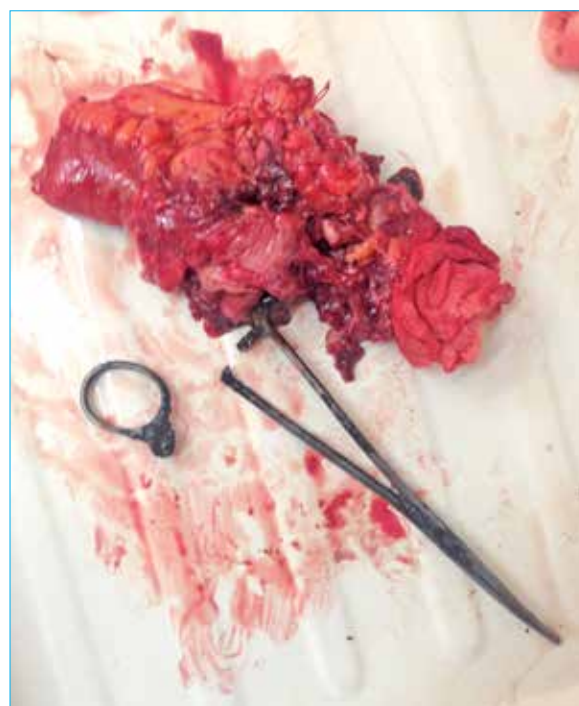
галия. Объемное образование правой доли печени (вероятнее – абсцесс). Диффузные изменения поджелудочной железы.

В экстренном порядке по жизненным показаниям под наркозом больной был оперирован. Выполнена средне-срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. В правой половине брюшной полости определяется конгломерат из кишечника и сальника, не исключается связь с забрюшинным пространством справа. С техническими трудностями после разделения множественных спаек тупым и острым путями между петлями тонкой кишки обнаружен хирургический зажим Бильрота, с кольцами для пальцев и рукояткой, расположенными в просвете тощей кишки, а браншами – в просвете толстой кишки в области печеночного угла. Тощая кишка мобилизована, с дистальной стороны на 15 см, с проксимальной – на 25 см, пересечена между зажимами, удалена единым блоком с инородным телом (рис. 4).

При удалении браншей зажима в толстой кишке обнаружен дефект диаметром до 1 см. Последний ушит двухрядным швом викрилом 3-0 на атравматичной игле. Наложен энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок» двухрядным швом викрилом 3-0 на атравматичной игле. При ревизии надпеченочного и подпеченочного пространств признаков наличия

Рис. 4.

**Рис. 4. Макропрепарат.
Инородное тело (зажим) с участком тощей кишки**





абсцесса не обнаружено. При дальнейшей ревизии другой органической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства не обнаружено. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость санирована, дренирована дренажами из перчаточной резины и дренажом Редона по правому боковому каналу и в малый таз. Операционная рана послойно ушита. Асептические повязки. В послеоперационном периоде больной получал инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, противоязвенную, стресс-протекторную, симптоматическую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренажи удалены на 5-7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 9-е сутки. Температура тела нормализовалась. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга в поликлинику по месту жительства.

Заключение: Представленный клинический случай и проведенный анализ литературы позволили сделать следующие выводы: при обследовании и лечении urgentных больных с клинической картиной острой урологической и хирургической патологии – в трудных дифференциально-диагностических случаях – врачам хирургических специальностей

необходимо помнить о возможных редких состояниях, комплексно оценивать симптомы и синдромы при динамическом наблюдении и применять полный перечень доступных диагностических мероприятий с целью ранней диагностики этих состояний. Врачам ультразвуковой диагностики необходимо помнить о подобных возможных редких состояниях, отмечать и дифференцировать ультрасонографические признаки различных urgentных заболеваний.

При выполнении операций, как в экстренном, так и в плановом порядке, врачам-хирургам необходимо быть чрезвычайно внимательными, в том числе для того, чтобы не допустить оставления ятрогенных инородных тел в брюшной полости. Вероятно, оставление инородного тела в брюшной полости может быть связано с дефектами организации медицинской помощи, личными качествами хирурга и психоэмоциональной обстановкой во время операции, особенно выполняемой по экстренным показаниям.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баринев Е.Х. Случаи оставления операционного материала в брюшной полости / Е.Х. Баринев, П.О. Ромодановский, Е.Н. Черкалина // *Медицинское право*. – 2014. – № 6. – С. 51-53.
2. Инородное тело брюшной полости, вызвавшее пролежень стенки желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Е. Загайнов, Г.А. Евстигнеева, П.И. Рыхтик, Л.Л. Зельди, Г.Г. Горюхов // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2011. – № 9. – С. 78-80.
3. Казарян В.М. Послеоперационные инородные тела брюшной полости. Медико-правовые аспекты / В.М. Казарян // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2008. – № 5. – С. 33-36.

АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА, ПРОВЕДЕННОГО КГБУЗ «КССМП» В 2013-2016 ГГ.



А.С. Забудский

АВТОРЫ

**А.С. Забудский, С.А. Скрипкин,
С.А. Креков, А.Е. Булак**

*КГБУЗ «Красноярская станция скорой
медицинской помощи»*

Стратегия ведения пациента с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) в настоящее время заключается в быстром и эффективном восстановлении кровотока в зоне окклюзии коронарной артерии. Существуют три основные методики, применяемые при развитии острого коронарного синдрома на фоне тромбоза коронарных артерий: системная тромболитическая терапия, баллонная ангиопластика и аортокоронарное шунтирование. Системный тромболитизис является единственным способом реперфузии, доступным для проведения на догоспитальном этапе в условиях работы выездных бригад СМП – этот метод не требует специального оснащения и может быть проведен любым обученным медицинским работником.

Суть тромболитической терапии заключается в медикаментозном разрушении тромба. Оно обеспечивается введением препаратов, активирующих эндогенный фибринолиз.

Значимость реперфузионной терапии в случае наличия у пациента с ОКС элевации сегмента ST сложно переоценить. Разрушение тромба и восстановление перфузии миокарда приводят к ограничению размеров его повреждения и, в конечном итоге, к улучшению ближайшего и отдаленного прогнозов. Поэтому все больные с ОКС при подъеме сегмента ST на электрокардиограмме должны быть безотлагательно обследованы для уточнения показаний и противопоказаний к восстановлению коронарного кровотока. Если установлено, что пациенту показан системный тромболитизис, терапию следует начинать немедленно – в машине СМП или на вызове, непосредственно у постели больного, так как ее эффективность напрямую зависит от начала проведения. Раннее начало тромболитической терапии снижает госпитальную летальность у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST и улучшает прогноз.

На Красноярской станции скорой медицинской помощи догоспитальный тромболитизис начали проводить с 2009 года; в настоящее время данный метод лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST в полной мере освоен и применяется врачами как специализированных, так и общепрофильных бригад. Системный тромболитизис проводится препаратом «Метализе» (тенектеплаза).

науча и практика

Таблица 1

Больные с ОКС в 2013-2016 гг.

	2013	2014	2015	7 месяцев 2016 года	Всего
Всего больных с ОКС	6970	6218	6631	4393	24212
Из них больных с ОКС с подъемом сегмента ST	560	486	611	395	2052
Доля больных с ОКС с подъемом сегмента ST (%)	8,0%	7,8%	9,2%	9,0%	8,5%

Таблица 2

Догоспитальный тромболизис пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST в 2013-2016 гг

	2013	2014	2015	7 месяцев 2016 года	Всего
Всего больных с ОКС с подъемом сегмента ST	560	486	611	395	2052
Догоспитальный тромболизис	178	179	74	20	451
доля больных (%)	31,8%	36,8%	12,1%	5,1%	22,0%

Таблица 3

Догоспитальный тромболизис пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST с разделением по полу

	2013	2014	2015	7 месяцев 2016 года	Всего
Мужчины	121	130	51	16	318
Женщины	57	49	23	4	133
Всего	178	179	74	20	451

Нами был проведен анализ 451 учетной формы 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» пациентов с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST, которым был проведен догоспитальный системный

тромболизис препаратом «Метализе» (тенектеплаза), за период с января 2013 года по август 2016 года.

В отчетном периоде наблюдается увеличение доли пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST с 8% до 9% в общем числе пациентов, обратившихся за экстренной медицинской помощью по поводу острого коронарного синдрома. В среднем за отчетный период их было 8,5%.

В период с 2013 года по август 2016 года в КГБУЗ «КССМП» за медицинской помощью обратились 2052 пациента с диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST»; системный тромболизис был проведен 451 пациенту, что составило 22% от всех больных. С 2014 года отмечается тенденция к снижению проведенного догоспитального тромболизиса с 36,8%

Таблица 4

Возрастные категории пациентов с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST, которым был проведен догоспитальный тромболизис

Пол	Возраст								Всего	Доля (%)
	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	старше 90		
Мужчины, из них:	4	20	70	129	61	30	4	0	318	100%
после тромболизиса возникли осложнения	0	0	4	5	2	0	0	0	11	3,5%
осложнения привели к клинической смерти, с успешной реанимацией	0	0	1	3	0	0	0	0	4	1,3%
летальный исход	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0,9%
Женщины, из них:	0	0	6	29	36	45	16	1	133	100%
после тромболизиса возникли осложнения	0	0	0	0	6	2	1	0	9	6,8%
осложнения привели к клинической смерти, с успешной реанимацией	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2,3%
летальный исход	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,8%
Всего пациентов	4	20	76	158	97	75	20	1	451	100,0%

— наука и практика —

в 2014 году до 5,1% за 7 месяцев 2016 года – это связано с открытием двух сосудистых центров в Красноярске, на базе КГБУЗ «КМКБСМП» и КГБУЗ «КМКБ №20», помимо существующего сосудистого центра на базе КГБУЗ «ККБ». Это позволило существенно сократить время доставки пациентов для проведения коронароангиографии (далее – КАГ) и, соответственно, ограничило проведение догоспитального системного тромболизиса.

Среди пациентов, которым был проведен догоспитальный тромболизис в период с 2013 по август 2016, мужчин – 70,5%, женщин – 29,5%. Данное распределение с небольшими отклонениями сохраняется в течение всего отчетного периода.

В 7 случаях возникла необходимость в проведении сердечно-легочной реанимации, из которых 3 случая закончились летальным исходом.

Таблица 5

Среднее время, прошедшее от начала (усиления) болевого синдрома до проведения догоспитального тромболизиса бригадами СМП

время	До 1 часа	От 1 до 2 часов	От 2 до 3 часов	От 3 до 4 часов	От 4 до 5 часов	от 5 до 6 часов	абс.	%
Мужчины, из них:	136	129	32	14	6	1	318	100
после тромболизиса возникли осложнения	4	5	2	0	0	0	11	3,5
осложнения привели к клинической смерти, с успешной реанимацией	1	3	0	0	0	0	4	1,3
летальный исход	2	0	1	0	0	0	3	0,9
Женщины, из них:	52	52	19	6	2	2	133	100
после тромболизиса возникли осложнения	5	3	0	0	1	0	9	6,8
осложнения привели к клинической смерти, с успешной реанимацией	2	1	0	0	0	0	3	2,3
летальный исход	0	0	0	0	1	0	1	0,8

Таблица 6

Снижение элевации сегмента ST после проведенного тромболизиса

годы	2013	2014	2015	7 месяцев 2016	Всего
Пациенты, которым проведен догоспитальный тромболизис	178	179	74	20	451
Пациенты, у которых отмечено снижение сегмента ST после тромболизиса	27	32	18	3	80
Доля (%)	15,2	17,9	24,3	15,0	17,7

Таблица 7

Госпитализация пациентов в МО Красноярск после догоспитального тромболизиса, проведенного бригадами СМП 2013-2016 гг.

	ККБ			КМКБ №20				КМКБСМП				ФЦССХ			Всего				Итого
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2016	
Всего пациентов, доставленных на госпитализацию после догоспитального тромболизиса, из них:	174	150	33	13	0	11	21	2	12	20	7	0	4	0	176	177	74	20	447
после тромболизиса не возникло осложнений	168	147	32	12	0	11	19	1	12	19	7	0	3	0	169	173	70	19	431
после тромболизиса возникли осложнения	6	3	1	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	7	4	4	1	16
летальный исход		2	2	0	0	4													

— наука и практика —

Средний возраст женщин при проведении догоспитального тромболизиса – 67 лет. Осложнения у данной категории пациентов возникали несколько чаще – в 9 случаях, что составило 6,8% от всех женщин, которым был проведен тромболизис. В 4 (0,9%) случаях осложнения привели к клинической смерти с последующим проведением сердечно-легочной реанимации, в одном случае наблюдался летальный исход.

Догоспитальный тромболизис у мужчин был проведен в первые 2 часа с момента появления (усиления) болевого синдрома в 83% случаях, у женщин – в 78% случаях. В этом же периоде наблюдалось наибольшее количество осложнений при проведении системного тромболизиса. Это различные нарушения ритма сердца: желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, частые желудочковые экстрасистолы.

Догоспитальный тромболизис является эффективным методом лечения, о чем свидетельствует снижение элевации сегмента ST, наблюдаемое в динамике на электрокардиограммах до проведения тромболизиса и после. В исследуемом периоде снижение элевации сегмента ST наблюдалось уже на этапе скорой медицинской помощи в 15–24,3% случаев.

В 2013 году 98,9% пациентов после проведения догоспитального тромболизиса доставляли в КГБУЗ «ККБ», на тот момент единственный сосудистый центр в Красноярске.

В 2014 году 84,7% пациентов доставили в КГБУЗ «ККБ», 6,2% в КГБУЗ «КМКБ №20», 6,8% в КГБУЗ «КМКБСМП».

В 2015 году наблюдалась следующая картина: в КГБУЗ «ККБ» доставлено 44,6% пациентов, в КГБУЗ «КМКБ №20» – 28,4%, в КГБУЗ «КМКБСМП» – 27%. За 7 месяцев 2016 года в КГБУЗ «ККБ» доставлено 65%, в КГБУЗ «КМКБСМП» – 35%. В КГБУЗ «КМКБ №20» пациенты после проведенного догоспитального тромболизиса в 2016 году не доставлялись.

Выводы:

1. Острый коронарный синдром – тяжелое состояние, требующее немедленного оказания медицинской помощи, недоступность которой в ближайшие минуты может приводить к инвалидизации и летальному исходу.
2. Системный тромболизис, при отсутствии противопоказаний, – единственно доступный и эффективный способ лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST на этапе скорой медицинской помощи.
3. Открытие в Красноярске сосудистых центров позволило значительно снизить число случаев про-

ведения догоспитального тромболизиса, что, однако, не может полностью исключить его проведения бригадами СМП при наличии показаний.

4. Соотношение мужчин и женщин, которым был проведен системный тромболизис, составило 70,5% и 29,5%; средний возраст пациентов мужского пола – 55 лет, женского пола – 67 лет.

5. Осложнения после проведенного на догоспитальном этапе тромболизиса у женщин встречались чаще (6,8%), чем у мужчин (3,5%).

6. Летальный исход на догоспитальном этапе наблюдался в 4 случаях, что составило 0,9%.

7. Догоспитальный тромболизис был проведен в первые 2 часа от начала (усиления) болевого синдрома у 83% мужчин и 78% женщин.

8. Эффективность данного метода терапии отмечалась уже на этапе скорой медицинской помощи в 17,7% случаев.

9. За отчетный период в КГБУЗ «ККБ» было доставлено 370 пациентов (82%), в КГБУЗ «КМКБСМП» доставлен 41 пациент (9,1%) и в КГБУЗ «КМКБ №20» доставлено 32 пациента (7,1%).

— из истории одного отделения —

ИСТОРИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ



АВТОРЫ

В.А. Кувеко

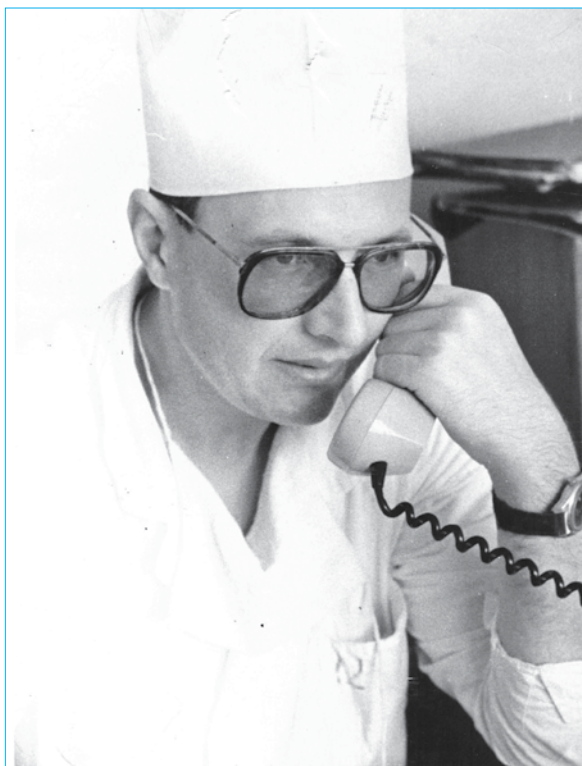
*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

16 декабря 1974 года – дата, когда в нейротравматологическое отделение БСМП поступили первые больные. В 1977 году оно было разделено на первое и второе отделения нейрохирургии.

Опытный организатор – нейрохирург Лаврова Екатерина Федоровна – совместно со старшей медицинской сестрой Лилией Степановной Верба с первых дней сформировали работу отделения так, что уже через год оно функционировало в полном объеме, оказывая экстренную и плановую специализированную нейрохирургическую помощь. С первых дней в больнице под номером два в трудовой книжке начинал работать невролог Александр Георгиевич Артюх, два года был заведующим нейротравматологическим отделением, однако тяжелая продолжительная болезнь вырвала его из нейрохирургических рядов. Медицинские сестры Любовь Ивановна Василенко, Галина Ивановна Терских, ушедшая на заслуженный отдых, врач функциональной диагностики Маргарита Михай-



— из истории одного отделения —



ловна Десятова были первооткрывателями, как сказал первый главный врач Николай Семенович Карпович.

Отделение являлось клинической базой кафедры нейрохирургии. Больше 20 лет куратором отделения была профессор, доктор медицинских наук Нина Семеновна Дралюк. Большой вклад в развитии нейрохирургии внес Михаил Константинович Котов.

Несколько лет отделением заведовала Елизавета Григорьевна Кадач, сменившая на посту Екатерину Федоровну. Совсем молодым доктором в 1977 году приехал в больницу после окончания Томского медицинского института Владимир Петрович Медведев. Он возглавил комсомольскую организацию больницы, а затем до 1998 года был заведующим отделением. Последние 16 лет, до объединения двух нейрохирургических отделений, заведующим работал В.В. Вершинин.

Показатели отделения не уступали, а по некоторым параметрам превосходили среднестатистические показатели нейрохирургических и нейротравматологических отделений Москвы и Санкт-Петербурга.

В отделении работали высококвалифицированные специалисты: Анастасия Николаевна Гащенко, Алевтина Яковлевна Ханжина, Владимир Александрович Кочетов, Василий Акимович Кириллов, Дмитрий Михайлович Алексеев, Юрий Васильевич Молин, Владимир Сергеевич Говша. Сейчас трудятся в объединенном нейрохирургическом отделении: Валерий Константинович Конев, И.И. Медведева, А.В. Кухарев, С.Н. Манько, В.С. Восклецов, О.В. Иванов, Р.В. Михальков, А.Ю. Бобриков, Е.С. Черниченко, Е.Е. Ерахтин, В.Ю. Гуляев, нейроофтальмологи высшей категории О.Н. Лопасова и В.Ф. Гובה, отоневрологи высшей категории А.Ю. Сергеенко и В.В. Лыков. В ночное время в приемном отделении работают опытные нейрохирурги И.В. Агафонов, А.В. Булгаков, А.И. Дмитренко, И.Ю. Молина, Д.Н. Непомнящий, Л.В. Прыткова, С.А. Савин, Т.А. Столяренко, Д.В. Хозеев и М.В. Эрдман.

Более четверти века своей трудовой биографии посвятили нейрохирургическому отделению медицинские сестры Галина Анатольевна Шевякова, Галина

*На фото сверху слева:
бывший заведующий
нейрохирургическим отделением
Вершинин Виктор Васильевич, врач
нейрохирург,
отличник здравоохранения.
Заведовал отделением 25 лет
и до сих пор работает в медицине
в поликлинике.*

*Вверху справа:
врач невролог
Васильева Галина Константиновна,
большую часть жизни
проработала в ГБСМП,
больше 50 лет.
Скоропостижно умерла*

— из истории одного отделения —



На фото сверху слева:
Кувко Владимир Александрович,
заведующий нейрохирургическим
отделением.



Вверху справа:
Народов Андрей Аркадьевич,
доктор медицинских наук,
профессор.

Николаевна Лебедева, Зульфья Алтриевна Сабирова, Оксана Борисовна Смык, Вера Васильевна Еникова, Любовь Александровна Маслова, Катифа Ахметовна Шагиахметова, Антонина Ивановна Беляцкая, Марина Владимировна Двуреченская, сестры-хозяйки В.И. Долбаненко и Г.П. Каширина.

Первое и второе нейрохирургические отделения, возглавляемые последние несколько лет Владимиром Александровичем Кувко, – единственные отделения в городе, в которых на протяжении 40 лет ежедневно оказывалась круглосуточная высококвалифицированная медицинская помощь самым тяжелым группам больных: пациентам с осложненной травмой позвоночника, объемными образованиями головного и спинного мозга, сосудистыми заболеваниями, черепно-мозговыми травмами. Ежегодно только на базе первого нейрохирургического отделения находились на лечении 30-40 больных с повреждением спинного мозга. Значительного прогресса в структуре и качестве проводимых операций отделения нейрохирургии удалось добиться благодаря приходу в клинику профессора Андрея Аркадьевича Народова. Модернизация системы здравоохранения, улучшила материально-техническое оснащение отделений, вывела нейрохирургию на максимально высокий уровень. Возрос поток больных с опухолями головного мозга, аневризмами сосудов головного мозга. Успешно стали оперироваться с использованием микрохирургической техники опухоли ствола головного мозга. Разрабатывались и внедрялись в практику аппараты и приспособления для операций на головном и спинном мозге собственной конструкции. Молодые доктора, увлеченные новыми разработками, внедряемыми в практику под руководством А. А. Народова, быстро осваивали новейшую аппаратуру.

В 2014 году первое и второе отделения нейрохирургии были объединены в одно нейрохирургическое отделение под руководством Владимира Александровича Кувко. По-прежнему отделение нейрохирургии занимается urgentной и плановой хирургией. Проводятся наиболее сложные операции при опухолях ствола головного мозга, операции при глубинных поражениях ткани головного мозга, активно ведется работа по внедрению новых методик, оперативных вмешательств, включая малоинвазивные, эндоскопические методы, высокоточные вмешательства с применением нейронавигационных систем позиционирования.

— из истории одного отделения —



Ведется разработка новых методов лечения глиом головного мозга совместно с зарубежными и российскими институтами. Сотрудниками отделения нейрохирургии разработаны и запатентованы изобретения в сфере нейрохирургических методов лечения различных патологий головного мозга. Бесперывное улучшение профессиональных навыков посредством освоения современных методик является одним из ключевых факторов оказания своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи, оказываемой сотрудниками нейрохирургического отделения КМКБСМП.

На фото сверху слева:
Старшая медсестра
Еникова Вера Васильевна.

Вверху справа:
Жигло Ирина Юрьевна,
старшая медсестра ПИТ.



— золотой фонд БСМП —

ПЕРВАЯ ЗАВЕДУЮЩАЯ



АВТОР

Н.П. Еремина

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»



Зоя Анатольевна Тарамино родилась 7 сентября 1941 года в Иркутске в семье далеких от медицины людей – инженера и бухгалтера.

Самые яркие впечатления раннего детства – поездки в Красноярск к тете – Елизавете Ивановне Тарамино, работавшей хирургом, заведующей хирургическим отделением железнодорожной больницы, главным хирургом врачебно-санитарной службы ЖД, преподавателем КГМИ.

Зоя росла умным, эрудированным ребенком, читала множество не только художественной, но и научной литературы. В школе училась хорошо, поэтому без труда поступила в Красноярский медицинский институт с первого раза. Желание стать врачом не было осознанным. Отец Зои Анатольевны всегда мечтал о том, чтобы его дочь связала свою жизнь с медициной. Его не стало, когда Зоя училась в десятом классе, поэтому вопрос о выборе вуза по окончании школы не стоял – дочь осуществила мечту своего отца.

Первые годы учебы в мединституте дались нелегко: Зоя панически боялась мышей и лягушек, на которых приходилось проводить опыты во время практических занятий. Те же трудности ждали студентку и на занятиях по анатомии. Интерес к учебе появился с началом цикла практической медицины. Тогда Зоя и поняла, что не ошиблась с выбором будущей профессии.

Красноярский медицинский институт Зоя Анатольевна окончила в 1965 году. По распределению попала в ККБ №1, где, работая кардиологом, увлеклась

— золотой фонд БСМП —



электрокардиографией, поэтому всегда брала с собой электрокардиограф, выезжая в районы края в командировки. В дальнейшем Зоя Анатольевна, овладев рядом методик из смежных областей, стала специализироваться в области функциональной диагностики.

В 1974 году перешла в недавно открывшуюся БСМП в качестве заведующей кабинетом функциональной диагностики. И сразу активно приступила к организации отделения: внедряла и развивала новые методики, заказывала необходимое оборудование, набирала и обучала сотрудников. Путь становления службы функциональной диагностики не был простым – начиналось отделение с кабинетов ЭКГ, спирометрии и тахоосциллографии, затем появились кабинеты электроэнцефалографии, реовазографии, фонокардиографии, позже организовались кабинеты ультразвуковой диагностики. Большое значение Зоя Анатольевна придавала обучению персонала отделения, поэтому подготовила немало специалистов. Кроме того, она длительное время проводила занятия по ЭКГ с врачами всего Красноярского края, а также вела курсы повышения квалификации для медицинских сестер функциональной диагностики, была членом аттестационной комиссии медсестер.

Зоя Анатольевна Тарамино принимала активное участие в общественной жизни БСМП, являясь в течение 15 лет доверенным врачом профсоюзного комитета. С 1986 по 1996 годы была главным внештатным функционалистом города Красноярск. В 1986 году ее заслуги отмечены знаком «Отличник здравоохранения». Но итоги подводить рано. И сегодня Зоя Анатольевна остается все тем же грамотным специалистом, способным много работать, осваивать новое. По-прежнему наставляет молодых и дает нужные и мудрые советы.

Ее многолетний опыт и неугасимый огонь искренней преданности своему делу являются примером и служат развитию духовного и профессионального уровня молодых специалистов.

Зоя Анатольевна, здоровья Вам! Пусть никогда не иссякнут доброта и мудрость в вашем сердце!



— золотой фонд БСМП —

ПРОФЕССИЯ – СУДЬБА



АВТОР

**Е.П. Данилина,
В.Ф. Пан,
С.Г. Маслов**

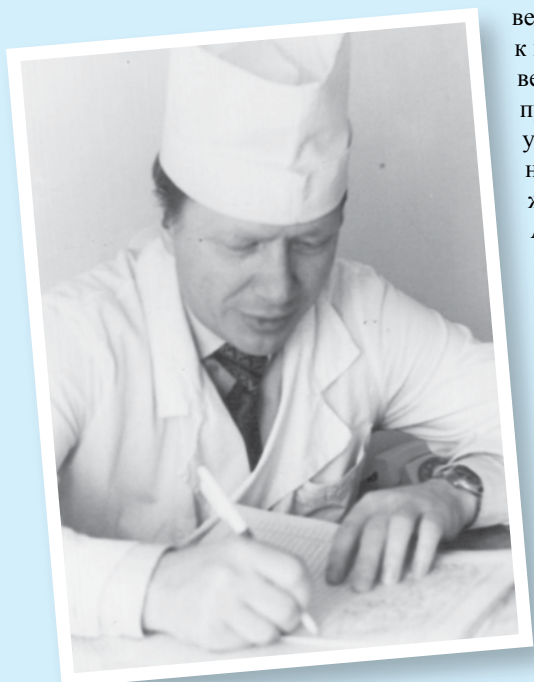
*КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»*

Павел Андреевич Останин родился 27 января 1947 года в Ермаково – поселке, где жили строители самой северной железной дороги.

Через несколько лет после рождения сына семья переехала в Игарку. Отец, Андрей Иванович, устроился рабочим на лесокombинат, а мать, Евдокия Алексеевна, – санитаркой в больнице, расположенной неподалеку от дома. Пришло время, и Павел Останин начал свое обучение в общеобразовательной школе. Уже в школьные годы у него проявилась непреодолимая тяга к получению новых знаний, отразившаяся в чтении. Павел Андреевич читал обо всем – завершая одну книгу, он спешно брал в библиотеке следующую и приступал к изучению уже нового, неизведанного ранее. Интерес был велик ко всему, ведь на тот момент у него еще не было сформировано видение жизненного пути. Но, как гласит пословица, не было бы счастья, да несчастье помогло, и, учась уже в 9 классе, юный Павел Останин тяжело заболел. На лечение был направлен в город Норильск, где, находясь в больнице, в окружении доброжелательного персонала и погруженный в атмосферу врачевания, Павел Андреевич и принял решение стать частью медицины.

Правда, к выбранной цели предстоял немалый путь. После выздоровления и возвращения в родной город к учебе пришлось вернуться уже на вечернее отделение. Спустя некоторое время молодой Павел Андреевич окончил курсы киномехаников, как и многие его сверстники в те годы, устроился на работу в клуб. Конечно, о тех днях нельзя вспоминать без улыбки, ведь такая работа стала прекрасной возможностью посмотреть огромное количество фильмов и расширить свой кругозор.

В 1966 году будущий хирург окончил школу, имея в аттестате всего одну четверку. Тогда и началась его дорога по выбранному ранее жизненному пути. В том же году молодому человеку, прибывшему из Игарки, посчастливилось поступить в Красноярский медицинский институт. Следующим



— золотой фонд БСМП —

решением на пути к цели стал выбор лечебного факультета. В студенческие годы Павел Андреевич пользовался большим уважением у одногруппников, студентов своего курса и даже преподавателей — за серьезное отношение к учебе, за отзывчивость и готовность всегда прийти на помощь. А разве могло быть иначе? Ведь все эти качества читали в его семье и развивали в молодом человеке с самого детства.

В 1972 году Павел Андреевич Останин окончил институт и по распределению попал в детский туберкулезный санаторий «Пионерская речка», где проработал некоторое время. Следовать по выбранному пути нужно было только вперед, и немалую помощь в этом оказал заведующий хирургическим отделением краевой клинической больницы Виктор Иванович Гринько. На тот момент в его отделении не было свободной ставки хирурга, о чем Виктор Иванович сожалел и открыто говорил. Заведующий, под руководством которого Павел Андреевич проходил практику, дал отличную рекомендацию своему бывшему студенту. Это событие и послужило отправной точкой на дороге в хирургию. Молодой доктор был принят во второе больнично-поликлиническое объединение врачом-хирургом, где заведующим отделением на тот момент был Анатолий Евдокимович Карлаш.

Второе больнично-поликлиническое объединение было расположено в те годы в поселке Иннокентьевский, за алюминиевым заводом. Путь на работу, предстоящий изо дня в день, был непростым. Молодому хирургу приходилось выходить из дома в 6 часов утра и добираться до места работы с пересадками. Ежедневно только на дорогу уходило по 3-4 часа. Но можно ли назвать этот факт препятствием, если впереди — истинно желанная цель.

В январе 1977 года в больнице скорой медицинской помощи открылись хирургические отделения. Представившуюся возможность упускать было непрости-



1988 г



Останины 1987 г

— золотой фонд БСМП —



Апрель 1982 г.
П.А. Останин,
М.И. Лоницакова
В.Г. Уколов

тельно, и Павел Андреевич, не раздумывая понапрасну, перевелся в I хирургическое отделение БСМП, в котором является врачом-хирургом и по сей день.

За свою продолжительную врачебную деятельность Павел Андреевич работал с такими профессорами, как Олег Евгеньевич Нифантьев, Юрий Моисеевич Лубенский, Роальд Абрамович Нихинсон.

За 40 лет работы в БСМП Павел Андреевич Останин провел сотни операций, спас десятки жизней и вернул здоровье бесчисленному количеству больных.

Март 2001 г.



— золотой фонд БСМП —

Александр Олегович Бабушкин, врач I инфекционного отделения, так отзывался о Павле Андреевиче так: «Определяя черты характера П.А. Останина – хирурга с большой буквы, на первый взгляд выступают такие качества, как трудолюбие, самоотверженность, скромность. Это и немногословность, и житейская неприязнательность, и практичность, и рассудительность». И, несмотря на то что все родные, близкие и коллеги знают о его немалом профессиональном пути, бесценном врачебном опыте, сам Павел Андреевич об этом никогда не заявляет открыто.

За все годы своей безупречной деятельности, за все душевные качества он получил высшее признание своих коллег и учеников. Всегда и везде, в любых ситуациях он показывает свои профессионализм и человечность.

Спасибо Вам, Павел Андреевич, за то, что Вы сделали и делаете в своей жизни!

Апрель 2014 г



— от всей души —

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

Главному врачу БСМП
Коган Аркадию Борисовичу
от больной нейрохирургии,
палата 413,
Алякиной Т.И.

Благодарственное письмо

Уважаемый Аркадий Борисович, прошу Вас объявить благодарность заведующему нейрохирургией Кувеко Владимиру Александровичу, моему лечащему врачу Манько Сергею Николаевичу. Прошу Вас поверить, что это Врач от Бога, Человек, переживающий за нас всей душой. Мы, больные, чувствовали, что он с нами, даже тогда, когда шел на планерку (в его повороте головы к нам, приветствии руки). Мы понимаем, что он Наш, он нам обязательно поможет. Я была тяжелой больной. Много раз была в вашей больнице, но видеть то, как помогает нам Сергей Николаевич, как переживает за нас (иногда мне кажется даже со слезинкой в глазах) – видеть все это мне пришлось в первый раз. А какая там санитарочка Настя (к сожалению, не знаю ее фамилии). Это Ваша замечатель-

ная Работница. Низко кланяюсь ей. И еще об одном замечательном Враче хочу написать Вам. Это Врач-невролог Базаров Александр Сергеевич, который, как и названные мною Врачи, в любое время суток готов прийти на помощь.

Пусть простят меня остальные сотрудники данного отделения. Все они достойны уважения за профессионализм, чуткость, внимательность, заботу о нас.

Спасибо Вам, Аркадий Борисович, Кувеко Владимир Александрович, за создание таких прекрасных коллективов.

Низкий Вам поклон.

С уважением к Вам,
Алякина Т.И.,
палата 413

Мне снова пришлось обратиться в нейрохирургическое отделение БСМП. Болею я давно и серьезно – приходится обращаться в эту больницу за помощью каждый год. Более квалифицированную помощь и чуткого персонала мне нигде не приходилось встречать, а мне есть с чем сравнить. В это отделение поступают тяжелые больные, которым требуется особый уход и внимание. Возникает вопрос: «Откуда берутся силы и терпение на нас, больных?» Всегда приветливые, доброжелательные медсестры незамедлительно откликаются при обращении за помощью. При четком исполнении всех медицинских манипуляций у вас находится время поддержать нас морально, в некоторых случаях даже пошутить, а порой и поругать.

Санитарочки поддерживают идеальную чистоту в отделении и заботливо ухаживают за больными без каких-либо просьб.

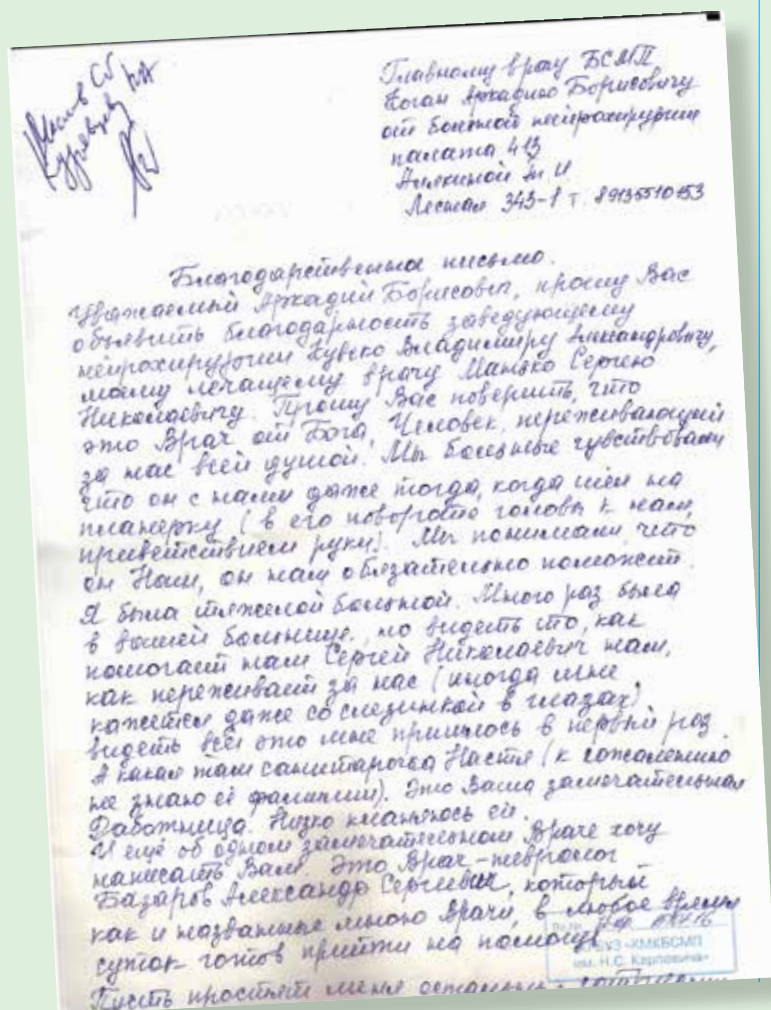
Хочется особо поблагодарить врачей за возможность не испытывать мучительную боль, ходить и вести пусть неполноценную, но нормальную жизнь.

В общем, отличный, сплоченный коллектив под руководством заведующего.

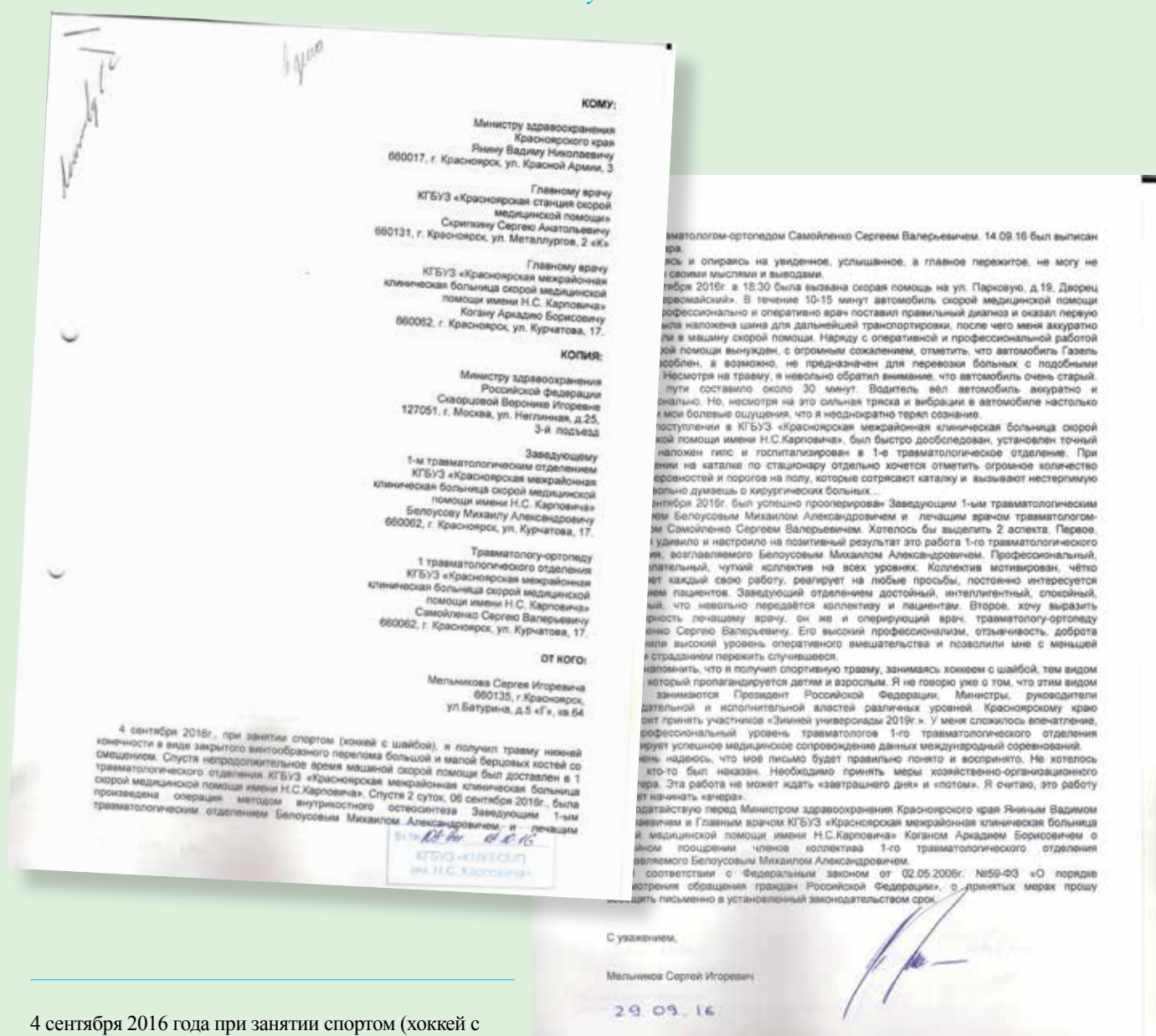
Огромное вам всем спасибо!

Здоровья, благополучия, терпения и развития!

С уважением и признательностью,
Агеева С.П.



от всей души



4 сентября 2016 года при занятии спортом (хоккей с шайбой) я получил травму нижней конечности в виде закрытого винтообразного перелома большой и малой берцовых костей со смещением. Спустя непродолжительное время машиной скорой помощи был доставлен в 1-е травматологическое отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича». Спустя двое суток, 6 сентября, мне была проведена операция методом внутрикостного остеосинтеза заведующим 1-м травматологическим отделением Михаилом Александровичем и лечащим врачом травматологом-ортопедом Самойленко Сергеем Валерьевичем. 14.09.2016 я был выписан из стационара.

Полагаясь и опираясь на увиденное, услышанное, а главное – пережитое, не могу не поделиться своими мыслями и выводами.

4 сентября в 18.30 была вызвана скорая помощь на ул. Парковую, д. 19, Дворец спорта «Первомайский».

В течение 10-15 минут автомобиль скорой медицинской помощи прибыл. Профессионально и оперативно врач поставил правильный диагноз и оказал первую помощь. Была наложена шина для дальнейшей транспортировки, после чего меня аккуратно переместили в машину скорой помощи. Наряду с оперативной и профессиональной работой врача скорой помощи вынужден с огромным сожалением отметить, что автомобиль «ГАЗель» не приспособлен, а возможно, не предназначен для перевозки больных с подобными травмами. Несмотря на травму, я невольно обратил внимание, что автомобиль очень старый. Время в пути составило около 30 минут. Водитель вел автомобиль аккуратно и профессионально. Но несмотря на это сильная тряска и вибрации в автомобиле настолько усиливали мои болевые ощущения, что я неоднократно терял сознание.

— от всей души —

При поступлении в КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» я был быстро дообследован, мне установили точный диагноз, наложили гипс и госпитализировали в 1-е травматологическое отделение. При перемещении на каталке по стационару отдельно хочется отметить огромное количество стыков, неровностей и порогов на полу, которые сотрясают каталку и вызывают нестерпимую боль. Невольно думаешь о хирургических больных...

6 сентября 2016 г. я был успешно прооперирован заведующим 1-м травматологическим отделением Белоусовым Михаилом Александровичем и лечащим врачом травматологом-ортопедом Самойленко Сергеем Валерьевичем. Хотелось бы выделить два аспекта. Первое, что меня удивило и настроило на позитивный результат, это работа 1-го травматологического отделения, возглавляемого Белоусовым Михаилом Александровичем. Профессиональный, доброжелательный, чуткий коллектив на всех уровнях. Коллектив мотивирован, каждый четко выполняет свою работу, реагирует на любые просьбы, постоянно интересуется состоянием пациентов. Заведующий отделением достойный, интеллигентный, спокойный, уверенный, что невольно передается коллективу и пациентам. Второе. Хочу выразить благодарность лечащему врачу, он же оперирующий врач, травматологу-ортопеду Самойленко Сергею Валерьевичу. Его высокий профессионализм, отзывчивость, доброта обеспечили высокий уровень оперативного вмешательства и позволили мне с меньшей болью и страданием пережить случившееся.

Хочу напомнить, что я получил спортивную травму, занимаясь хоккеем с шайбой – тем видом спорта, который пропагандируется детям и взрослым. Я не говорю уже о том, что этим видом спорта занимаются президент Российской Федерации, министры, руководители законодательной и исполнительной властей различных уровней. Красноярскому краю предстоит принять участников зимней универсиады 2019 г. У меня сложилось впечатление, что профессиональный уровень травматологов 1-го травматологического отделения гарантирует успешное медицинское сопровождение данных международных соревнований.

Очень надеюсь, что мое письмо будет правильно понято и воспринято. Не хотелось, чтобы кто-то был наказан. Необходимо принять меры хозяйственно-организационного характера. Эта работа не может ждать «завтрашнего дня» и «потом». Я считаю, эту работу следует начать «вчера». Ходатайствую перед министром здравоохранения Красноярского края Яниным Вадимом Николаевичем и главным врачом

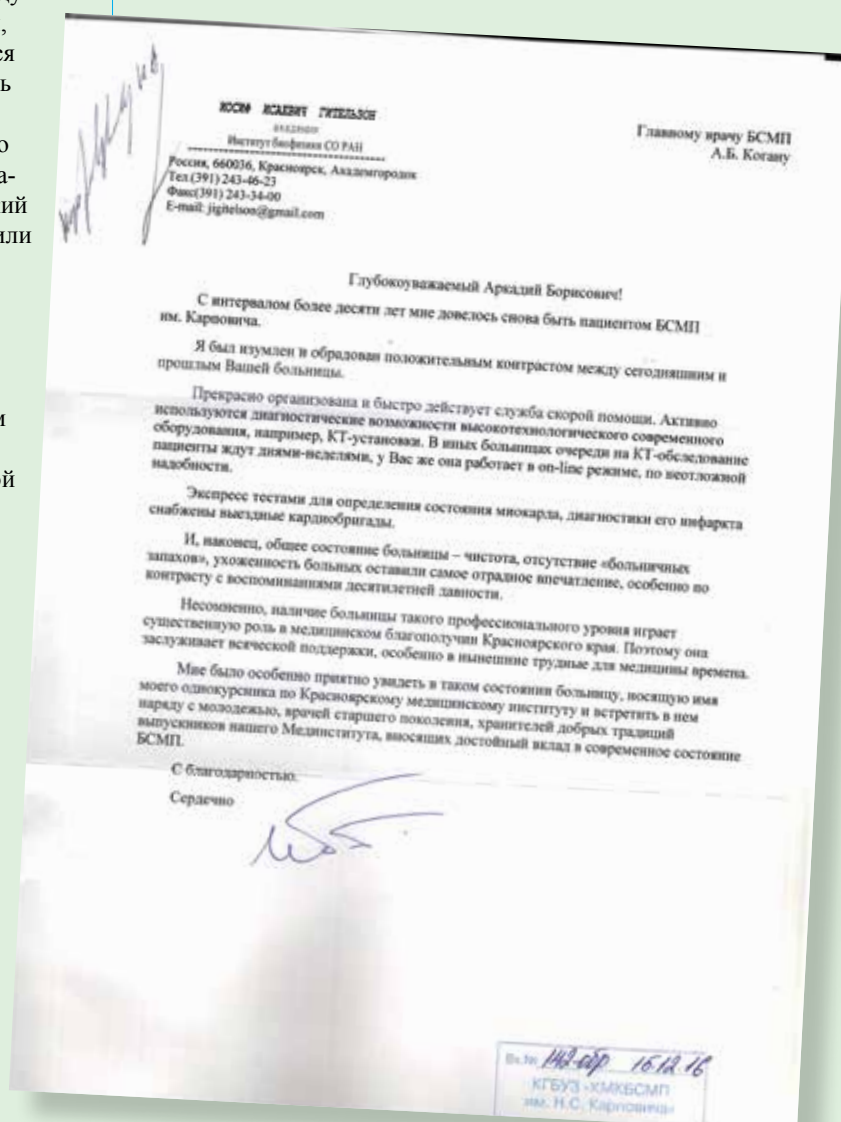
КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» Коганом Аркадием Борисовичем о достойном поощрении членов коллектива 1-го травматологического отделения, возглавляемого Белоусовым Михаилом Александровичем.

В соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации», о принятых мерах прошу сообщить письменно в установленный законодательством срок.

С уважением,
Мельников Сергей Игоревич
29.09.2016

Глубокоуважаемый Аркадий Борисович!

С интервалом более десяти лет мне довелось снова быть пациентом БСМП им. Карповича.



— от всей души —

Я был изумлен и обрадован положительным контрастом между сегодняшним и прошлым Вашей больницы.

Прекрасно организована и быстро действует служба скорой помощи. Активно используются диагностические возможности высокотехнологического современного оборудования, например, КТ-установки. В иных больницах очереди на КТ-обследование пациенты ждут днями-неделями, у Вас же она работает в on-line режиме, по неотложной надобности.

Экспресс-тестами для определения состояния миокарда, диагностики его инфаркта снабжены выездные кардиобригады.

И, наконец, общее состояние больницы – чистота, отсутствие «больничных запахов», ухоженность больных оставили самое отрадное впечатление, особенно по контрасту с воспоминаниями десятилетней давности.

Несомненно, наличие больницы такого профессионального уровня играет существенную роль в медицинском благополучии Красноярского края. Поэтому она заслуживает всяческой поддержки, особенно в нынешние трудные для медицины времена.

Мне было особенно приятно увидеть в таком состоянии больницу, носящую имя моего однокурсника по Красноярскому медицинскому институту и встретить в нем наряду с молодежью врачей старшего поколения, хранителей добрых традиций выпускников нашего мединститута, вносящих достойный вклад в современное состояние БСМП.

*С благодарностью,
сердечно Иосиф Исаевич Гительзон*

*Главному врачу БСМП А.Б. Когану
от Н.Д. Савватеевой: Москва,
13-я Парковая, 11, кв. 80*

Уважаемый Аркадий Борисович!

Огромное Вам спасибо за то, что Ваша больница и ее персонал потратили много душевных сил и профессионального мастерства, чтобы подлечить нашу подругу, а Вашу пациентку Людмилу Петровну Фролову, которая лежала в 3-й гнойной хирургии с 24 сентября по 18 ноября. Особенно хочется поблагодарить ее лечащего врача Виталия Юрьевича Безрученко, который не только делал все необходимые назначения, но и никогда не отказывался от общения с друзьями Людмилы Фроловой, просто, спокойно и душевно говорил с ними,

объясняя, что необходимо делать для поддержания ее здоровья. Мы, ее друзья, собрали деньги и наняли в больнице сиделку Майю, которая тоже многое сделала для нашей подруги, советуясь с медсестрами, которые говорили ей о рекомендациях врача: какие мази использовать и т.п., и она следовала неукоснительно всем его назначениям.

Спасибо Вам и за доброжелательную атмосферу, созданную в Вашей больнице, которая, естественно, коснулась и отношения к Людмиле Фроловой. Все это в буквальном смысле продлило ей жизнь, и она дожила до своего 70-летия, которое хоть и прошло в больнице, но не в одиночестве, а среди друзей и окружавших ее людей, которые прекрасно к ней относились.

Благодарю Вас и Ваших коллег от себя и своих друзей, которые бывали у Людмилы Фроловой и видели, что кроме врачебного долга здесь была проявлена еще и душевная щедрость. Спасибо Вам!

*С уважением,
Наталья Савватеева*

—случай из практики—

МУЖСКАЯ БАСНЯ



АВТОР

А.Ю. Окладников

КГБУЗ «КМКБСМП
им. Н.С. Карповича»

Многострадальная простата!
Поговорим о ней, ребята.
Удел несчастных мужиков,
Он неизбежен, он таков,
Увы! Все с возрастом хиреет,
Слабеет, сохнет и худеет.
Но здесь же все наоборот –
Простата только в рост идет.
Мученье исподволь крадется,
Больной сначала чуть смеется:
Мол, только-только в туалет –
А удержаться мочи нет.
В привычку входит, и не раз,
Бежать к горшку в полночный час.
Струя со временем тончится,
Уж надо тужиться мочиться.
И наступает пик страдания –
Задержка мочеиспускания!
Итог печален: цистостома!
Сидит мужик в пределах дома,
С тоской в окошко он глядит,
Мочу чрез трубочку сочит.

А выход был: бегом к врачу,
Сказать: «Поправиться хочу!»
И врач-уролог, без сомненья,
Начнет немедленно лечение.
На первой стадии тот час
Применит омник иль дальфаз,
Чтоб курс лечения был не прост,
Добавит свечи «Витапрост».
Больной по-прежнему не рад?
Есть в арсенале аводарт.
Но если стадия вторая
Уж пациента донимает,
Тут операцию избрать,
Что надо четко понимать.
Убрать зловредную простату
Возможно хитрым аппаратом.
Зовется «ТУР» эта метода,
Но есть дела другого рода:
Разрез над лоном производят,
Брюшной мешок наверх отводят
И, мочевого пузырь вскрывая,
Легко простату удаляют.
И вот страдалец оздоровлен,
К дальнейшей жизни подготовлен!
Довольно шуруется на мир,
Идя с улыбкою в сортир.

Мораль: мужчины – не тяните!
Получше за собой следите,
Не то достанет вас, ребята,
Вот эта самая простата.





С НОВЫМ ГОДОМ!

2017

MEDSINTES
group